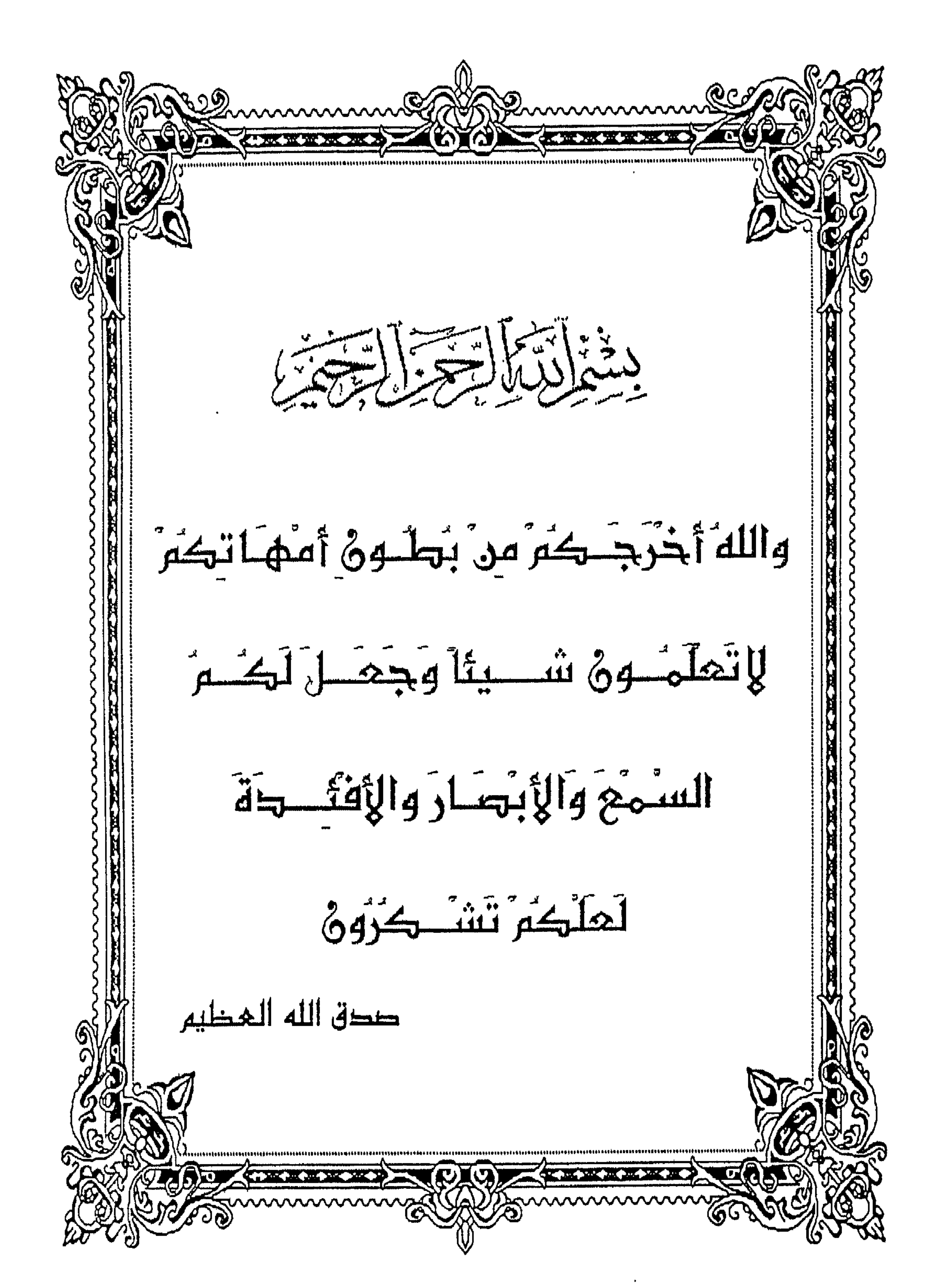
سلسلة التربية الخاصة
(٢)

قلق الكفيف

تشخيصه وعلاجه

دكتور
إيهاب الببلاوى
قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق

٢٠٠١



بسم الله الرحمن الرحيم

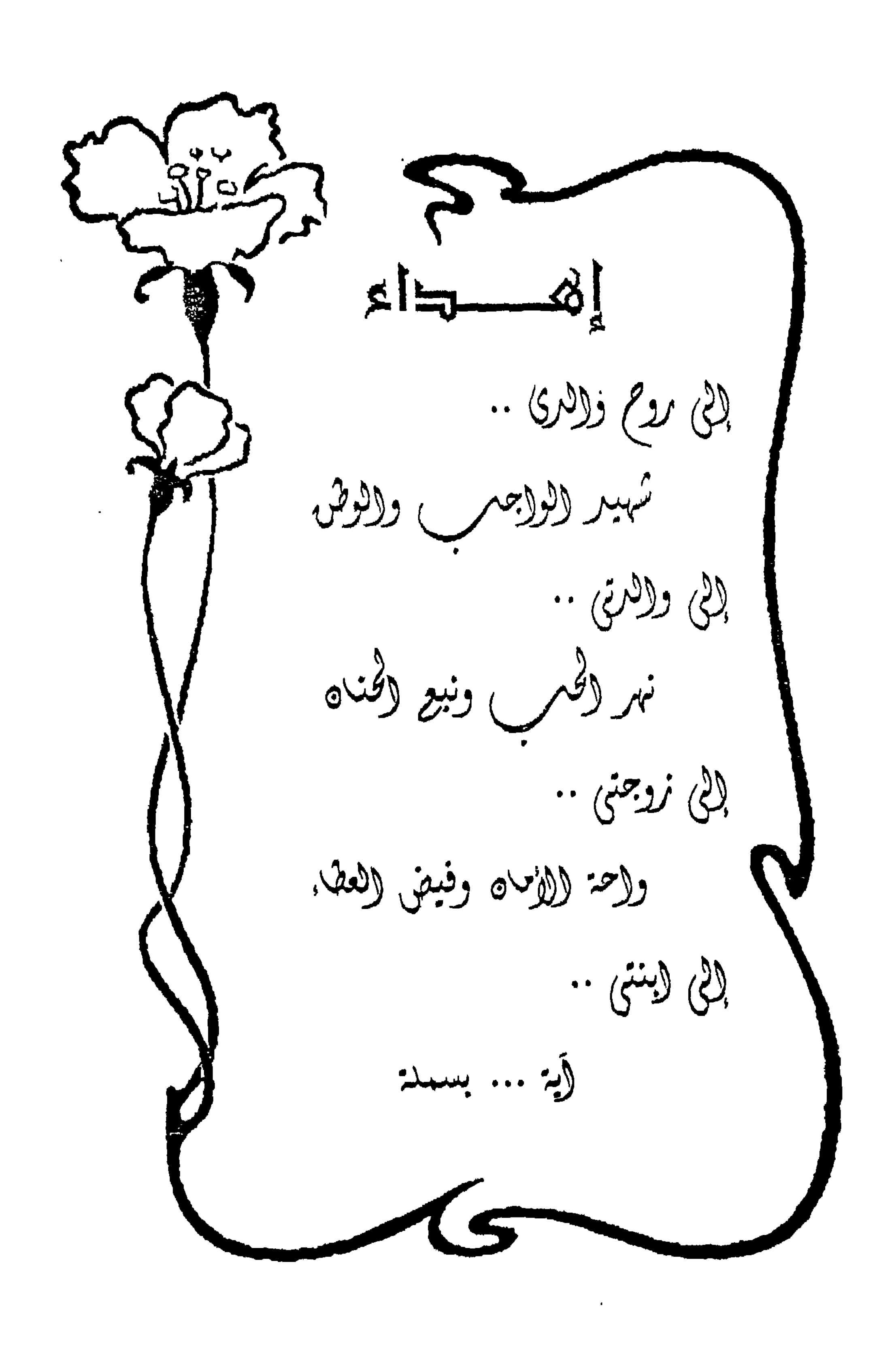
وَاللَّهُ أَخْرَجَكُم مِّن بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ

لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ

السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ

لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ

صدق الله العظيم


إهداء
إلى روح والدي ..
شهيد الواجب والوطن
إلى والدتي ..
نهر الحب ونبع الحنان
إلى زوجتي ..
واحة الأمان وفيض العطاء
إلى ابنتي ..
آية ... بسمة

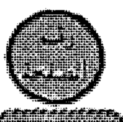
فهرس المحتويـــات



تابع فهرس المحتويات



تابع فهرس المحتويــــات

الموضـــــوع	

فهرس الملاحق



الموضوع

مقدمـــة :

الحمد لله الذى بلغ الكمال وحده ، والصلاة والسلام على من لانبى بعده سيدنا محمد ، إمام كل نبى ، وسيد كل عالم ، وعلى آله وصحبه أجمعـــين .

وبعـــــــد ...

الكتاب الذى بين يديّ القارئ الكريم هو موضوع الرسالة التى تقدم بها المؤلف لنيل درجة الدكتوراه فى الفلسفة (تخصص صحة نفسية) بعنوان "فاعلية العلاج المعرفى والسلوكى فى خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية" ، ونظراً لأهمية الموضوع الذى تناولته الرسالة ، فقد آثـر المؤلف أن ينشرها لكى يمكن الاستفادة منها لقطـاع أكبر من المهتمين بفئة ذوى الإعاقة البصرية من آبـاء ، ومعلمين ، وأخصائيين نفسيين ، وباحثين .. وغيرهم ، وذلك لفهم أحد المشكلات النفسية التى تعانى منها تلك الفئـة ليمكن لهؤلاء جميعاً تقديم يد العـون لتلك الفئـة ، فى الوقت الذى يحتاجون فيه إلى ذلك العون .

فالقلق أساس الإضطرابات والأمراض النفسية ، فهو الأساس لكل اختلالات الشخصية واضطرابات السلوك ، والقلق له منـابع عديدة ، فهو قد ينبـع من حيـاة مرت بظروف قاسية وتجـــارب مؤلمة أو ينبع من التشبث بأهداف غير واقعية أو متناقضة ، أو ينتج من تبنى المرء لإمكانيات وقدرات لاتتناسب مع قدراته الفعلية ، أو عندما يكون قد جاء إلى هذا العالم غير مزود بالقدرات الكافية للحياة .. ويعتبر الشخص ذو الإعاقة البصرية واحداً من هؤلاء الذين جاءوا لهذه الحياة وهو ينقصه عدد من هذه القدرات ومحملاً بتجارب قاسية مؤلمة بسبب ما ألم به من إعـاقة ، فأصبح أكثر قلقا عن غيره من المبصرين سامية القطان (١٩٧٤) ، حمدى حسنين (١٩٨٩) ، وينكلر Wuinkler, D. (١٩٨٩) ، رمضان عبداللطيف (١٩٩٠) ، أميرة الديب (١٩٩٢) ، عبدالعزيز الشخص (١٩٩٢) ، أحمد الشافعى (١٩٩٣) ، محروس عبدالخالق (١٩٩٣) ، أحمد العمرى (١٩٩٤) ، رشاد عبدالعزيز (١٩٩٤) ، آمال نوح (١٩٩٥) فالمراهق المعـاق بصريا ذو القلق المرتفع يعانى من التشويش الزائـــد والخلط الذهنى وصعوبة التركيز والانتباه بحيث لايستطيع التفاعل مع المحيطين به ولا مع البيئة الخارجية بكل متغيراتها ، وفى هذه الحالة إذا ما حاول التحكم فى انفعالاته الداخلية فإنه يتشتت أمام البيئة الخارجية . (محروس عبدالخالق ، ١٩٩٣ : ١٣٢)

وهنا يكون أمامه احتمالان للتعايش فى الحياة فإما أن ينسحب من عالم المبصرين لكى يحيا فى عالمه الخاص الذى تحدده فكرته عن عجزه ، وإما أن يندمج كلية فى عالم المبصرين متحديا هذه النظرة إلى عجزه ومحاولا تعويض هذا النقص الذى يشعر به (عبدالسلام عبدالغفار ويوسف الشيخ ، ١٩٨٥ : ١٤٠ - ١٤١) ، والذى يختار منهم لنفسه الاحتمال الثانى، أى الذى لايقبل الاستسلام للعجز والإحسان من الآخرين ويحاول الاندماج فى مجتمع المبصرين : يتعين عليه أن يقف وقفة تحد يتصدى فيها للأخطار والعقبات والصراعات التى تواجهه فيؤدى به كل ذلك إلى رفع مستوى القلق لديه . (سامية القطان ، ١٩٧٤ : ٩٥ - ٩٧) إذ أنه أثناء تفاعله هذا قد يشعر بحساسية زائدة تجاه احترام أو عدم احترام الآخرين له ، وقد يفسر الشفقة الزائدة أو الخوف الشديد عليه على أنه تحقير له وسخرية منه أو استخفاف به ، ويصبح رد الفعل للشعور بالنقص فى هذه الحالة الشعور بالاضطراب والقلق .

نضيف إلى ذلك أن ذا الإعاقة البصرية يعيش فى مجتمع غالبيته من المبصرين وقد يشعر أن أولئك المبصرين يعتقدون أن فقد البصر يعتبر عقابا على أخطاء ارتكبها هو أو ذووه وقد يتأثر بالآراء السائدة بين المبصرين وهذه الاتجاهات حينما يدركها على نحو سلبى فإنها تجعله كثير الشكوى من الأعراض والمظاهر التى تدل على القلق : كعدم القدرة على النوم بسبب الأحلام المزعجة والشعور المستمر بالتعب ، والخوف من المجهول ، أو البكاء بدون سبب معروف (ابراهيم قشقوش ، ١٩٧٢ : ٩١) ، وهذا ما يشير إليه المعرفيون فهم يعتقدون أن القلق ينشأ ويستمر نتيجة لبعض الأفكار والمتعقدات التى تخلو من المنطقية والعقلانية ، حيث يتبنى الناس أهدافا غير واقعية بل ومستحيلة وغالبا ما تتصف بالكمال ولاسيما تلك التى تظهر على شكل رغبة الفرد فى أن يكون محبوبا من جميع المحيطين به ، وأن يكون كاملا فيما ينجز ، ومثل هذه الأفكار التى لن يستطيع الفرد تحقيقها ستؤدى إلى شعوره بعدم الكفاءة وعدم القيمة والفشل مما يؤدى إلى الاضطراب الانفعالى (Ellis, A. 1977 : 68) .
كما أكد أيضا المعرفيون على أن العرض الأساسى المميز للقلق هو توقع الفرد للكوارث والشرور وشعوره المستمر بالتهديد النفسى والجسمى والاجتماعى ، فالقلق يرتبط أساسا بمبالغة الفرد فى تقدير الأخطار الكامنة فى الموقف الحالى أو المحتمل فى المستقبل مما يجعله يشك فى قدراته على مواجهة تلك الأخطار ويجعله فى حالة

قـلق مستمر . (Greenberg, M. & Beak, A. 1989 : 9 - 13) .

وقد قدم المعرفيون فروضا لتفسير الدور المعرفى فى إحداث واستمرار اضطراب القلق ، وإن اختلفوا فى خصوصية هذا الدور ، حيث يؤكد إليس .Ellis, A على الأفكار اللاعقلانية ، ويؤكد بيك .Beak, A على التشويه المعرفى وتحريف التفكير، فى حين يؤكد كيللى .Kelley, G على البناءات الشخصية للفرد، إلا أنهم يتفقون جميعا على أن السلوك المضطرب يرتبط باضطراب المحتوى المعرفى (أفكار - تفسيرات - بناءات) .

لذا فالعلاج المعرفى لايتطلب فهم اللاشعور لأن المشكلات النفسية قد تحدث نتيجة للعمليات الموقفية العامة مثل عمل الاستنتاجات غير الصحيحة على أساس من المعلومات غير الكافية أو غير الصائبة ونتيجة لعدم التمييز الكافى بين الخيال والحقيقة ، فضلا عن ذلك فإن التفكير يمكن أن يكون غير واقعى بسبب أنه مشتق من مقدمات خاطئة ، كما أن السلوك يمكن أن يكون قاصراً ومؤدياً للفشل لأنه مبنى على اتجاهات غير معقولة (س. باترسون ، ١٩٩٠ : ٢٩) .

أما أصحاب المدرسة السلوكية فإنهم عندما يبحثون فى أسباب القلق فإنهم يركزون عادة على العوامل الخارجية مؤكدين أن أعراض القلق ما هى إلا استجابات تم اكتسابها فى مواقف مثيرة أو مؤلمة . (ممدوحة سلامة ، ١٩٨٩ : ٦٣) ، لذا فإن العلاج السلوكى يعتمد على فكرة أن العديد من الاضطرابات النفسية هى نتيجة تاريخ سيئ من عمليات الإشراط حدثت خلال تعلم الفرد بشكل أو آخر سلوكاً غير متوافق ومن ثم فالقلق يمكن إبطاله عن طريق إعادة التشريط (هارولد بيتش ، ١٩٩٢ : ٣٧)

وهكذا يتبين من العرض السابق أن مشكلة القلق من المشكلات التى تهدد الأمن النفسى لذوى الإعاقة البصرية مما يؤدى بهم إلى العديد من مظاهر سوء التوافق ، والاضطراب السلوكى ليس هذا فحسب بل قد يؤرق حياتهم الشخصية والاجتماعية ، مما يستحيل معه فى كثير من الحالات أداء متطلبات الحياة اليومية ومن ثم وجب إيجاد استراتيجيات علاجية يمكن من خلالها مساعدة ذوى الإعاقة البصرية فى التغلب على قلقهم حتى لايكون ذلك سبباً فى سلسلة طويلة من الأعراض العصابية أو الذهانية ، ولهذا أصبح التدخل أمراً واجبا وحتميا ، من خلال استراتيجيتين علاجيتين لخفض القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية يقومان على مدرستين من أبرز

مدارس العلاج النفسى فى العصر الحديث وهما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية ، تلك الاستراتيجيتان (الفنيتان) هما : التحصين التدريجى Desensitization Therapy والعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى Rational Emotive Behaviour Therapy .

ومن هذا المنطلق فسوف يتناول الباب الأول عدة فصول يحتوى الفصل منها على عرض لمفهوم الإعاقة البصرية وأسبابها ، وأهم خصائص ذوى الإعاقة البصرية اللغوية والاجتماعية والانفعالية والنفس حركية . أما الفصل الثانى فيتناول أهم التعريفات التى وردت في توضيح مفهوم القلق ، وأهم الأعراض المميزة له ، ثم عرض لأهم النظريات المفسرة لاضطراب القلق . بينما يتناول الفصل الثالث العلاج السلوكى والأسباب التى دعت إلى استخدام فنيـة التحصين التدريبى كأحد العلاجات السلوكية ثم عرضاً للخلفية العلمية للتطورات التى مرّ بها التحصين التدريجى ، ثم تحديد خطوات العلاج بالتحصين التدريجى ، وما يشتمل عليه من تدريب على الاسترخاء وتحديد للمنبهات المثيرة للقلق ، وكيفية إعداد المدرج الهرمى للقلق ، وكيفية إجراء عملية التحصين ، ثم يأتى الفصل الرابع والذى يتضمن العلاج المعرفى والأسباب التى دعت إلى استخدام العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، كأحد الأساليب المعرفية فى العلاج ، ثم عرضاً للخلفية العلمية لتطور العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، وتحديد الأفكار اللاعقلانية المسببة للاضطرابات النفسية ، ثم عرضاً لخطوات العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، والفنيات المستخدمة فى العلاج ، ودور المعالج فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى .

أما الباب الثانى فيضم الفصل الأول الذى يحتوى على عرض لتحديد المشكلة وصياغة الفروض ، ووصف للعينة ، والأدوات المستخدمة . أما الفصل الثانى فيتضمن وصف للبرامج العلاجية ، وإجراءات الدراسة ، والأساليب الإحصائية المستخدمة ، بينما يضم الفصل الثالث الأخير عرض للنتائج والتوصيات والبحوث المقترحة .

المؤلف

الفصل الأول

الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية

مفهوم الإعاقة البصرية :

المعاقون بصريا يشكلون فيما بينهم فئة غير متجانسة من الأفراد ، وإن اشتركوا في المعاناة من المشاكل البصرية ، إلا أن هذه المشاكل تختلف في مسبباتها ودرجة شدتها من فرد إلى آخر ، فمن المعاقين بصريا من يعانى من الفقدان الكلى للبصر ، ومنهم من يعانى من الفقدان الجزئى أو من بعض المشاكل البصرية الأخرى ، كذلك منهم من حدثت إعاقته مع الميلاد أو فى مرحلة مبكرة جداً من عمره ، ومنهم من حدثت إعاقته في مرحلة متأخرة من العمر ، وقد أدى عدم التجانس هذا إلى تنوع الأساليب والأدوات التى تستخدم فى تربية وتعليم وتأهيل هذه الفئة (كمال سيسالم ، ١٩٨٨ : ٧) من هنا تعددت المفاهيم التى تناولت الإعاقة البصرية .

ومن خلال استعراض التعريفات والمفاهيم التى تناولت مصطلح الإعاقة البصرية ، نجد أن هناك أكثر من منظور يتم من خلاله تناول هذا المفهوم ومن بينها ما يلى :

١- الإعاقة البصرية من المنظور اللغوى :

هناك ألفاظ كثيرة فى اللغة العربية تستخدم للتعريف بالشخص الذى فقد بصره، كالأعمى ، والأكمه ، والكفيف ، والضرير ، والعاجز .

أما كلمة "الأعمى" فقد وردت فى القرآن الكريم بمعنين أولهما الضلاله كما جاء فى قوله تعالى : ﴿ فهو فى الآخره أعمى وأضل سبيلا ﴾ (سورة الإسراء : الآية ٧٢) ، وقوله تعالى : ﴿ أولئك الذين لعنهم الله فأصمهم وأعمى أبصارهم ﴾ (سورة محمد : الآية ٢٣) ، ثم جاءت بمعنى ذهاب البصر كقوله تعالى ﴿ ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ﴾ (سورة النور : الآية ٦١) ، وقوله ﴿ عبس وتولى أن جاءه الأعمى ﴾ (سورة عبس : الآيتان ١ ، ٢)

كما ورد لفظ " الأكمه " فى بعض آيات القرآن الكريم ومنها قوله تعالى :

﴿ وأبرئ الأكمه والأبرص وأحيي الموتى بإذن الله ﴾ (سورة آل عمران : الآية ٤٩)
وقوله ﴿ وتبرئ الأكمه والأبرص بإذني ﴾ (سورة المائدة : الآية ١١٠)

وكلمة "الأعمى" أصل مادتها "العماء" ، والعماء هو الضلالة ، ويقال العمى فى فقدان البصر أو ذهابه أصلاً وفى فقد البصيرة مجازاً ، أما كلمة الأكمه فمأخوذة من "الكمه" وهى العمى الذى يحدث قبل الميلاد ، ويشار بها إلى من يولد أعمى . (عبدالمطلب القريطى ، ١٩٩٦ : ١٧٦)

أما كلمة "الكفيف" فأصلها "الكف" ومعناه المنع ، والكفيف هو من كف بصره أى عمى . (سيد خير الله ، ولطفى بركات ، ١٩٦٧ : ٧ - ٨)

كذلك نجد كلمة "الضرير" فهى بمعنى الأعمى ، لأن الضرارة هى العمى ، والرجل الضرير هو الرجل الذى فقد بصره ، والكلمة مأخوذة من الضر ، وهو سوء الحال ، إما فى نفس الشخص لقلة الفضل والعلم والفقه ، وإما فى بدنه لعدم جارحه أو لنقص ، وإما فى حالة ظاهرة من قلة بمال وجاه . (لطفى بركات ، ١٩٧٨ : ٢٠٠)

أما كلمة "العاجز" فهى مشهورة الاستعمال فى الريف العربى ، والعامة يطلقونها على الكفيف لملاحظتهم أنه قد عجز عن الأشياء التى يستطيعونها هم ، وهى من العجز أى التأخر عن الشيئ وصار فى المتعارف اسما للقصور عن فعل الشئ وهو ضد القدرة . (لطفى بركات ، ١٩٨٨ : ١٧)

٢- الإعاقة البصرية من المنظور التربوى :

على الرغم من الدور الذى تلعبه التعريفات المختلفة لذوى الإعاقة البصرية إلا أنها ليست مفيدة بشكل خاص للتربويين ، فبعض الأطفال من ذوى الإعاقات البصرية الشديدة يستخدمون الابصار المتبقى لديهم بشكل مقتدر جداً ، بينما نجد أطفالاً آخرين مصابين بإعاقات بصرية بسيطة نسبياً ولكنهم غير قادرين على أن يتعلموا بالطرق التى يتعلم بها المبصرون ، بل أنهم قد يتصرفون كما لو كانوا عميانا ، ومن هنا جاءت أهمية أن يكون هناك تعريفات تركز على ما يعرف "بالابصار الوظيفى" وهذا ما تناولته التعريفات التربوية للإعاقة البصرية . وهذا ما يؤكده هل وجولى Hall, D. & Jolly, H. (١٩٨٤ : ٢٨٨) بقولهما : " أن العمى والأبصار

الجزئى لايمكن أن يتم تعريفهما فى ضوء معايير حدة الأبصار وعيوب مجال الرؤية ، واضطرابات أبصار الألوان فقط ، ولكن فى ضوء التعريفات الوظيفية التى هى أكثر عملية وفائدة ، فالطفل الكفيف هو الذى يحتاج تعليما ووسائل لاتتطلب البصر ، وإذا كان لديه ذكاء كاف سيحتاج إلى أن يتعلم بطريقة برايل ، وبالمثل فإن البالغ الكفيف هو غير القادر بأى عمل يكون البصر ضروريا فيه" .

وعليه فالطفل ذو الإعاقة البصرية من وجهة النظر التربوية هو الذى يتعارض ضعف بصره مع تعلمه وإنجازه بشكل مثالى ، ما لم تتم تعديلات فى طرق تقديم خبرات التعلم ، وطبيعة المواد المستخدمة ، أو بيئة التعلم .

(Barraga, N. 1983 : 35)

ويعرف أيضا بأنه " من فقد القدرة كلية على الابصار ، أو الذى لم تتح له البقايا البصرية القدرة على القراءة والكتابة العادية حتى بعد استخدام المصححات البصرية ، مما يحتم عليه استخدام حاسة اللمس ، لتعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل "

(عبدالرحمن سليمان ، ١٩٩٨ : ٤٥)

وعادة ما يميز التربويون بين فئات مختلفة من المعوقين بصريا تبعاً لدرجة الإعاقة وما تستلزمه من إتباع طرق ومواد تعليمية معينة ، ومن بين هذه الفئات ماتضمنه التصنيف التالى :

أ - العميان Blind : وتشتمل هذه الفئة العميان كليا ممن يعيشون فى ظلمه تامة ولايرون شيئا ، والأشخاص الذين يرون الضوء فقط ، والذين يرون الضوء ويمكنهم تحديد مسقطه ، والأشخاص الذين يرون الأشياء دون تمييز كامل لها ، وأولئك الذين يستطيعون عد أصابع اليد عند تقريبها من أعينهم وهؤلاء الأشخاص جميعا يعتمدون على طريقة برايل كوسيلة للقراءة والكتابة .

ب- العميان وظيفياً Functionally Blind : وهم الأشخاص الذين توجد لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها فى مهارات التوجه والحركة ، ولكنها لاتفى بمتطلبات تعليمهم القراءة والكتابة بالخط العادى ، فتظل طريقة برايل هى وسيلتهم الرئيسية فى تعلم القراءة والكتابة .

جـ- ضعاف البصر Low individuals : وهم من يتمكنون بصريا من القراءة

والكتابة بالخط العادى سواء عن طريق استخدام المعينات البصرية ، كالمكبرات والنظارات ، أو بدونها (ناصر الموسى ، ١٩٩٢ : ٧)

٣- الإعاقة البصرية من المنظور الاجتماعى :

الكفيف طبقا للمنظور الإجتماعى هو الشخص الذى لايستطيع أن يجد طريقة دون قيادة أو مساعدة فى البيئة غير المعروفة لديه " (عبدالفتاح عثمان ، ١٩٨١ : ٥)

ويذكر دودز .Dodds, A (١٩٨٦ : ٤٩) أن الفرد يعد معوقا بصريا من الناحية الاجتماعية ، عندما تمنعه هذه الإعاقة من أن يتفاعل بصورة ناجحة مع العالم المحيط به ، وتحد من قيامه بالوظائف السلوكية المختلفة .

وطبقا لهذا المنظور ينظر للفرد الكفيف على أساس قدرته البصرية الضعيفة أو المعدمة واحتياجه إلى المساعدة الأدبية والمادية من المجتمع ، وتعطى هذه المساعدة لمن يقل بصره عن ٦٠/٦ وهذه المساعدة لاترتبط فحسب بحدة الإبصار ولكن أيضا بالأخذ فى الاعتبار اتساع أو ضيق مجال البصر ، والتى على أساسها تتحدد الحاجة إلى المساعدة . (لطفى بركات ، ١٩٧٨ : ٥)

٤- الإعاقة البصرية من المنظور القانونى :

يعتمد هذا التعريف بشكل كبير على قياسات حدة الابصار ، والتى يقصد بها "القدرة على تمييز الأشكال بوضوح أو تمييز التفاصيل على مسافة محددة وغالبا ما تقاس حدة الابصار بقراءة حروف أو أعداد أو رموز أخرى من خريطة على بعد (٢٠) قدما" . (Heward, W. & Orlansky, M., 1992 : 333)

والتعريف القانونى لكف البصر يقصد به تلك الحالات التى تتراوح ما بين العمى الكامل وحالات أخرى قريبة من ذلك ، وهو يشمل الحالات التى تبلغ فيها حدة البصر (٢٠ / ٢٠٠) [1] أو أقل فى العين الأقوى وذلك بعد استخدام المصححات

(١) المقياس ٢٠/٢٠٠ يقصد به أن الشئ الذى يمكن رؤيته بالعين العادية على مسافة ٢٠٠ قدم يجب تقريبه للشخص المصاب إلى مسافة ٢٠ قدم حتى يمكن رؤيته .
(Kirke, S. & Gallagher, J., 1986 : 166)

البصرية ، وكذلك يشمل تلك الحالات التى يزيد فيها البصر عن (٢٠ / ٢٠٠) ولكن هناك عيب آخر من شأنه أن يضيق مدى أو مجال الرؤية [١] ، بمعنى أن العين حينما تتركز على مسافة القراءة لاتستطيع أن تميز بوضوح أكثر من مساحة صفحة كتاب عادى ، ولو أن العين فى هذه الحالة الخاصة ربما تستطيع عمل أى زاوية مركزية كالمستوى العادى ، وعلى هذا فإن أى شخص تنقصه حدة الابصار إلى الدرجة السابق تحديدها ، وكذلك أى شخص يعانى من عيب فى مدى الأبصار بالكيفية المذكورة يعتبر كفيفًا . (مختار حمزة ، ١٩٧٩ : ١٠٧ - ١٠٨)

والتعريف السابق هو ما سبق أن أقرته المؤسسة الأمريكية للعميان فى تعريفها للشخص الكفيف بأنه "هو من يصل حدة إبصاره إلى ٢٠/٢٠٠ وأقل فى العين الأفضل بعد التصحيح المناسب أو تحديد فى مجال الرؤية بحيث يكون أوسع قطر لمجال الرؤية يمتد إلى مسافة زاوية لاتزيد عن (٢٠) درجة "

(Telford, E. & Sawery, J. 1972 : 3 - 2)

وبناء على ذلك لايشترط أن يكون المرء محروما من البصر بالكلية حتى يسمى كفيفا بل هو يعد كفيفا إذا كان عاجزاً عن الرؤية من مسافة ٢٠ قدماً ما يراه السليم على بعد ٢٠٠ قدم . (عدنان سبيعى ، ١٩٨٢ : ١٣٠)

٥- الإعاقة البصرية من المنظور الطبى :

فى ضوء ذلك المنظورعرفت منى الحديدى (١٩٩٦ : ١١) الإعاقة البصرية بأنها "ضعف فى أى من الوظائف الخمسة وهى : البصر المركزى ، البصر المحيطى ، التكيف البصرى ، البصر الثنائى ، ورؤية الألوان وذلك نتيجة تشوه تشريحى أو إصابة بمرض أو جروح فى العين " .

---

(١) مدى أو مجال الرؤية : هو المساحة الكلية التى يستطيع أن يراها الشخص فى وقت معين دون تحريك المقلتين ، ويقاس بالدرجات فبعض الأفراد يكون مجال الإبصار لديهم ضيقاً جداً بحيث يسمى بصرهم "بالبصر النفقى" Tunnel vision ويكون من الصعب على هؤلاء الانتقال من مكان لآخر ، وهذا ما ينطبق على من لديه مجال بصرى يقل عن (٢٠) درجة لأن المجال البصرى للإنسان العادى حوالى (٨٠) درجة فإذا أصبح أقل من (٢٠) درجة يعتبر كفيفاً (منى الحديدى ، ١٩٩٦ : ١٢)

ويعرف فاقد البصر من وجهة النظر الطبية بأنه "ذلك الفرد الذى يفقد الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض ، وهو العين ، وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل وهو إما خلل طارئ ، كالإصابة فى الحوادث ، أو خلل خلقى يولد مع الشخص" . (مصطفى فهمى ، ١٩٦٥ : ١١)

والتعريف الذى أقره فرع الأمراض البصرية فى جمعية الطب الملكية بلندن عن الكفيف : "أنه الشخص الذى ضعف بصره للدرجة التى يعجز فيها عن أداء عمل يحتاج أساساً للرؤية ". (محمد عبدالظاهر الطيب ، ١٩٨٠ : ٣١)

ويميز التعريف الطبى بين حالتين من كف البصر : إحداهما حالة العمى الكلى أو الفقدان الكلى للإبصار أى "الحرمان الوظيفى للعين" ، والحالة الأخرى هى وجود حساسية ضعيفة للضوء أى القدرة على التمييز بين مصادر الضوء المختلفة ، وهذه القدرة على التمييز بين مصادر الضوء لها قيمتها الحيوية فى حياة هذا الشخص ولكنها لاتساعده على الرؤية الحقيقية وتقدر درجة الابصار الباقية لأصحاب الحالة الأخيرة ما بين صفر ، ٦/ ٦٠ وبهذا يعتبرون فى حكم المكفوفين عملياً (لطفى بركات ، ١٩٧٨ : ٢٤)

وهكذا نجد من خلال استعراض التعريفات السابقة أن كلا منها أخذ المنحى الذى يهتم به العلم الذى ينتمى إليه ، حيث ركز المفهوم اللغوى للإعاقة البصرية على الألفاظ المختلفة التى وردت فى القرآن الكريم واللغة العربية وما بين هذه الألفاظ من ترادفات وتباينات ، بينما ركز المفهوم التربوى على ما يعرف "بالابصار الوظيفى" والذى يهتم بقدرة الفرد على استخدام ما تبقى لديه من ابصار فى العملية التعليمية ، أما المفهوم الاجتماعى فقد اهتم بمدى قدرة الفرد ذى الإعاقة البصرية على التفاعل الاجتماعى والتعامل مع البيئة المحيطة ، أما المفهوم القانونى فقد ركز على حدة إبصار الفرد وما تعنيه من قدرته على تمييز الأشكال والتفاصيل على مسافات محددة ، وأخيراً نجد أن المفهوم الطبى ركز مجال إهتمامه على مناطق إصابة العين والخلل الذى تحدثه تلك الإصابة فى قدرة الفرد على الابصار .

ب- اسباب الإعاقة البصرية

هناك العديد من الأسباب التى تقف وراء الإصابة بالإعاقة البصرية . فمنها ما يولد به الطفل نتيجة لعوامل وراثية أو إصابة الأم أثناء الحمل ، ومنها ما يحدث له بعد الميلاد نتيجة إصابته بمرض أو حادثة ، ولكن لكى تتضح الأسباب التى تقف وراء فقدان البصر كان على الباحث أن يوضح تركيب العين (شكل ١) حتى يمكن معرفة المناطق التى يصيبها قصور ما ، فالعين تتركب من أربعة أجزاء رئيسية هى :

١- الجزء الوقائى Protective

ويشتمل على الأجزاء الخارجية من العين ، وهى التجويف العظمى الذى تقع فيه العين ، وحاجب العين ، وأهداب الجفن ، والجفن ، والدموع التى تحجب الأذى عن مقله العين ذاتها ، فتقوم بغسيل العين من الأتربة والغبار .

٢- الجزء الانكسارى Refractive

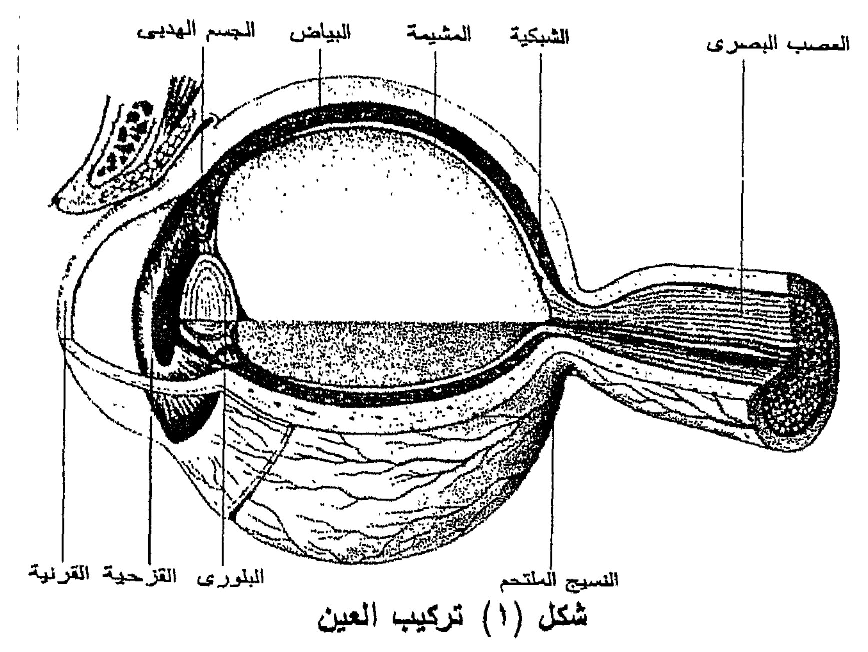
ويشتمل على الأعضاء التى تعمل على تجميع الضوء النافذ إلى داخل العينين وتركيزه على الشبكية ، وهذه الأعضاء هى القرنية ، وعدسة العين ، والقزحية ، والرطوبة المائية ، والسائل الهلامى .

٣- الجزء العضلى Muscular

ويشتمل هذا الجزء على ست عضلات متصلة بمقلة العين ، ومرتبطة بالمخ وتستخدم هذه العضلات فى تحريك العين داخل المحجر إلى أعلى ، وإلى أسفل ، وإلى اليمين ، وإلى اليسار ، وتعمل هذه العضلات معا بإنسجام وتوافق تام .

٤- الجزء الاستقبالى Receptive

ويشتمل هذا الجزء على الأعضاء المستقبلة فى العين وهى شبكية العين والعصب البصرى ومركز الإبصار فى المخ . (كمال سيسالم ، ١٩٨٨ : ١١ - ١٤)



شكل (١) تركيب العين

ومن العرض السابق لتركيب الجهاز البصرى يتضح أن كل جزء مسئول عن وظيفة محددة يقوم بها ، وأن أى أذى أو مرض يصيب هذا الجزء يؤثر تأثيراً مباشراً على مدى فعاليته وأدائه لوظيفته ، وقد يصاب أى جزء من الأجزاء الأربعة للعين بأنواع معينة من الأمراض ، وبالتالى هناك أشكال معينة من الإعاقة البصرية :

١- من أشكال الإعاقة البصرية التى يصاب بها الجزء الوقائى : التراكوما وهى نوع من الإلتهابات الحبيبية المزمنة ومن العيوب البصرية الشائعة فى هذا الجزء من تركيب الجهاز البصرى نجد كذلك الرمد الصديدى والاصابات المباشرة أثناء تعرض العين لأشياء حادة أو مواد كيميائية .

٢- ومن أكثر أنواع الاضطرابات البصرية ذات الطبيعة الانكسارية شيوعاً فى فترة الطفولة : طول النظر ، وقصر النظر ، والماء الأزرق ، واللابؤرية (الاستجماتزم)، والماء الأبيض .

٣- من الاضطرابات البصرية ذات الطبيعة العضلية : نجد الحول ، وحالات العمش، والتذبذب السريع اللإرادى .

٤- ومن أمثلة الإعاقات البصرية التي تصيب التركيبات المستقبلة في الجهاز البصري : تليف خلف العدسة ، وتلف العصب البصري والتهاب الشبكية .

بالإضافة إلى الأشكال المختلفة من القصور البصري سالفة الذكر فإن بعض الأمراض والأورام الجفنية وحالات تعدد الإعاقات التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي يمكن أن يترتب عليها أيضا بعض الاضطرابات والمشكلات البصرية . (فتحي عبدالرحيم ، ١٩٨٨ : ٢٦٩ - ٢٧٣)

وهكذا يتبين أن ما يعانيه الفرد من مشكلات وقصور في الأداء الوظيفي البصري من خلل أو تشوه في تركيب العين أو عيوب في الجهاز البصري يكون إما نتيجة أسباب خارجية تتعلق بكرة العين ذاتها وتشمل عيوب الطبقات والأجزاء المكونة لها ، كطبقة القرنية والشبكية والعدسة أو أسباب داخلية وتشمل تلف العصب البصري ، وتعذر وصول الإحساسات البصرية إلى المراكز الحاسية بالمخ أو تلف هذه المراكز العصبية البصرية ذاتها فتصبح عاجزة عن تلقي الاحساس البصري أصلا . (عبدالمطلب القريطي ، ١٩٩٦ : ١٨٥)

ومن أكثر الأسباب التي تؤدي إلى كف البصر في مصر هي عتمات القرنية الناتجة عن الأرماد عموماً والرمد الصديدي على وجه الخصوص ، وللأسف الشديد فإن الارماد لاتزال منتشرة في مصر بشكل كبير وهي غالبا ما تصيب الأطفال ، ويندر حدوث الارماد في البالغين ، فالإصابة عادة تكون في السنوات الأولى من العمر ، الاهمال في رعاية الطفل واصابة عينيه نتيجة للعب بالآلات الحادة والاصابة بالحجارة أو السقوط على أشياء مدببة وغير ذلك من الحوادث والتي عادة ما تكثر في القرى والاحياء الفقيرة حيث يلعب الأطفال دون رعاية .(محمد أيوب ، ١٩٩٠ : ٦٩)

جـ- خصائص ذوي الإعاقة البصرية

تلعب حاسة البصر دوراً حيوياً في حياة الفرد ، لذا فإن الحرمان منها يعني الكثير لمن يفتقد هذه الحاسة ، فإلى جانب شعوره بأنه سجين عالم من الظلام ، عالم من المجهول تغلفه الرهبة والأخطار التي تحدق به في المنزل والشارع والمدرسة .. فهو أيضا حرم من الاستمتاع برؤية والديه وأخوته وأصدقائه والبيئة المحيطة بجمالها وإبداع

خالقها ، ليس هذا فحسب بل إننا نجد إن فقدان حاسة البصر يطبع الفرد بمجموعة من الخصائص التى تميزه عن غيره من الأفراد . ولكى نضع أيدينا على مصدر الاضطراب النفسى والقلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ولكى نتعرف أيضاً على المصدر الذى يستقوا منه أفكارهم اللاعقلانية التى يتمسكون بها ، لابد أن نستعرض عدداً من تلك الخصائص والتى من بينها ما يلى :

١- الخصائص النفسحركية :

إن الحركة تستلزم نوعين من الطاقة ، أولهما طاقة طبيعية عضوية ، وثانيها طاقة نفسية ، فالحركة ليست مجرد انتقال من مكان إلى مكان بقدر ما تتضمنه من تفكير وربط علاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التى يتحرك بينها الفرد .

والطفل الكفيف عندما ينتقل من مكان إلى مكان آخر يستخدم جميع حواسه فيما عدا حاسة البصر ، فهو يستخدم حاسة الشم فى تمييز الروائح المختلفة التى تصادفه ، ويتحسس الأرض بقدميه أثناء سيره ليتعرف على طبيعتها ، ويستخدم حاسة السمع فى تمييز الأصوات التى يتعرض لها ، ويقدر الزمن الذى استغرقه فى المسافات التى يقطعها ، ويقوم بربط جميع هذه العناصر ببعضها حتى يحصل على الصورة الذهنية للمكان الذى يتحرك فيه ، ولاشك أن ذلك يستنفذ منه طاقة نفسية كبيرة . (عبدالسلام عبدالغفار ، يوسف الشيخ ، ١٩٨٥ : ١٤٠)

ولذا فمن الطبيعى أن تزداد المشاكل الحركية والقصور الحركى لدى المعاق بصرياً كلما اتسع نطاق بيئته أو كلما ازدادت تعقيداً لأن هذا سيفرض عليه التفاعل مع مكونات وعناصر متداخلة قد يصعب عليه إدراكها فى غياب حاسة البصر . (كمال سيسالم ، ١٩٨٨ : ٧١)

فالحركة المحدودة للكفيف لها أسباب كثيرة أكثرها وضوحاً هى القدرة المحدودة على إدراك الأشياء البعيدة ، ومن الأسباب الأقل وضوحاً ما يقع فى مجالات تحفيزه ، فالطفل الكفيف لايستطيع أن يرى الأشياء أو الأشخاص حتى يتأهب للوصول إليهم كما يفعل المبصر ، وعليه أن ينتظر إلى أن يسمع صوتاً أو يشم رائحة أو يلمس شيئا حتى يثار فضوله ، هذا إلى جانب أنه محروم من القدرات البصرية التى يقلدها

والمثيرات البصرية التى تنبه الطفل المبصر لكى يتعلم الحبو ، والزحف ، والوقوف ، والمشى ، والجرى تلك المثيرات التى يفتقد إليها الطفل الكفيف .

(Telford, C. & Sawrey, J. 1972 : 309)

وهكذا يواجه الكفيف صعوبات فائقة فى ممارسة سلوكيات الحياة اليومية أو تنقلاته من مكان لآخر ، وذلك نتيجة لفقدان الوسيط الحاسى الأساسى اللازم للتعامل مع المثيرات البصرية ومن ثم التوجه الحركى فى الفراغ وهو حاسة الإبصار ، مما يدفعه إلى بذل المزيد من الجهد ، ويعرضه للاجهاد العصبى والتوتر النفسى والشعور بانعدام الأمن عموماً ، والارتباك تجاه المواقف الجديدة خصوصا ، لاسيما مع تزايد ما تفرضه التغيرات العلمية والتكنولوجية السريعة والمتلاحقة من تعقيدات فى الوسط البيئى خارج المنزل وداخله . (عبدالمطلب القريطى ، ١٩٩٦ : ٢٠١)

إن غياب فرص إشباع الحاجات الأساسية للحركة قد يؤدى إلى أن يبحث الأطفال ذوى الإعاقة البصرية عن الرضى من خلال قيامهم بنشاطات جسمية نمطية غير هادفة تسمى "العميانيات" Blindisms ، وتشمل هذه الأنماط على حركات فى الأطراف أو الرأس أو فرك ونقر العينين بالأصبع ، وتكون هذه الحركات مستمرة ومتكررة وغير وظيفية ، وتحد من إنشغال الطفل بما هو حوله فى البيئة ويعزى البعض سبب ظهور هذه السلوكيات النمطية إلى النقص فى الإثارة الحسية المناسبة ومحدودية الحركة والنشاط الجسمى الهادف والحرمان الاجتماعى وعدم توفر الفرص المتنوعة وقلة التشجيع للسلوكيات المقبولة . (منى الحديدى ، ١٩٩٦ : ٢٧ - ٢٨)

وهكذا تعتبر الحركة من العوامل المؤثرة فى شخصية الكفيف حيث يعجز عن الحركة بنفس السهولة والمهارة التى يتحرك بها المبصر إذا ما أراد توسيع دائرة محيطه الذى يعيش فيه .. ولذا فإن حركته تتسم بالكثير من الحذر واليقظة حتى لايصطدم بعقبات نتيجة تعثره بشئ ما أمامه وهذا يستلزم حاجته إلى الرعاية والمساعدة خارج المنزل الذى يألفه مما يجعله أكثر تقبلاً للمساعدة من الآخرين حتى ولو كان قادراً على الاستغناء عنها ومثل هذه المواقف تؤثر كثيراً فى شخصيته وفى علاقاته الاجتماعية مع من حوله . (لطفى بركات ، ١٩٨٨ : ٨٣)

٢- الخصائص اللغوية :

إن التطور اللغوى المبكر للطفل الكفيف لايختلف بشكل كبير عن تطور الطفل المبصر ، برغم أن إحداث الصوت والمناغاة غالباً ما تقل لديه ، فعدم القدرة على استكشاف البيئة والتمكن منها ، والحاجة للقيام ببحث لمسى عن الأشياء الجديدة عادة ما يؤخر اكتساب الكلمات ، هذا إلى جانب أن مرحلة ترديد المقاطع الأخيرة من الكلمات قد تطول ، وقد يردد الطفل جملاً بدون أن يفهم معناها . كما يتأخر استخدام لفظا " أنا " لأن الطفل يستغرق وقتا أطول لكى يصبح مدركا لنفسه كشخص ، وبعد ذلك قد تصبح المهارات اللغوية معقدة مثل مهارات المبصرين إلا أن مفاهيم اللون والعرض والعمق والسرعة ... الخ قد تظل تمثل صعوبة لفترة طويلة جداً من الوقت .
(Hall, D. & Jolly, H., 1984 : 298)

ونظراً لافتقار الطفل الكفيف إلى وسيلة للإدراك البصرى فإنه لايتمكن من رؤية الأشياء فى صورتها الكلية الكاملة ، إذ يجب عليه أن يدرك أجزاءها أولاً ثم ينتهى بإدراكها ككل عن طريق لمسها بيده ، فهو محدود فيما يستطيع تعلمه من هذه المعالجة اللمسية للأشياء ، وحالما يصبح الشئ بعيداً عن متناول قبضته فإنه يصبح بعيداً عن إدراكه ، وبطريقة مشابهة إذا لم ترتبط الأصوات بمصادر صوتية مفهومة ومليئة بالمعنى فإنها سوف تخبو وتتلاشى تدريجياً حتى تصبح معدومة ، ومن هنا فإن الطفل سوف يستغرق وقتا أطول بكثير فى تنمية وبناء إحساسه بديمومة الشئ واستمراره .(وليام ليدون ، م. لورتيا ماكجرو ، ١٩٩٠ : ٤)

ونتيجة لاعتماد الشخص الكفيف على الإشارات السمعية فقط فى إدراكه للكلام الشفهى ، فإنه يصبح حساساً للفروق الدقيقة فى تلحين الصوت وطبقة ، وعلو ، وسرعة الكلام أكثر من الآخرين ، وهو يعتمد على هذه الاشارات السمعية للإشارة إلى التوتر أو الاسترخاء ، والنية الحسنة ، وعدم الرضا ، الموافقة أو الرفض ، وهذه الإثارات السمعية بالإضافة إلى الاتصالات البدنية مثل الربت على الظهر أو لمس اليد ، لها أهمية كبيرة للمعاقين بصريا بسبب اعتمادهم الأكبر على الإشارات السمعية والجلدية من أجل الحصول على المعلومات .

(Telford, E., & Sawrey, 1972 : 313)

لذلك نجد الطفل ذا الإعاقة البصرية لايمكنه متابعة الايماءات والاشارات .. وغيرها من أشكال اللغة غير اللفظية التى يستخدمها المبصرون فى مواضع كثيرة من محادثاتهم ، إما لتأكيد ما يقولون أو كبديل يغنى عن الكلام أحياناً . (عبدالمطلب القريطى ، ١٩٩٦ : ١٩٨)

لذا يصبح اكتساب اللغة والكلام له أهميته الخاصة فى نمو الطفل الكفيف ، فاللغة تساعد على إتساع مجال السلوك فى أنها تتضمن علاقات شخصية متبادلة من ناحية ولأنها تقدم وسائل للسيطرة على الأشياء البعيدة عن المدى المباشر من ناحية أخرى ، إلا أن القيمة الموضوعية الاجتماعية لاكتساب اللغة فى خبرة الطفل المبصر تختلف عن المكانة التى تحتلها فى حياة الطفل الكفيف ، فالكلمات بالنسبة للطفل الكفيف تصبح مصدراً للاستشارة الذاتية بدرجة أكبر مما لدى الطفل المبصر فهى تعود بالطفل ثانية تجاه ذاته وتجعل له بيئته الخاصة ومن هنا تبدأ عند الطفل الكفيف ظاهرة "اللاواقعية اللفظية" . (فتحى عبدالرحيم ، ١٩٦٩ : ٢٩)

تلك الظاهرة - اللاواقعية اللفظية - التى تنشأ نتيجة اعتماد الكفيف على الكلمات والجمل التى لاتتوافق وخبراته الحسية ، فالكفيف يصف عالمه إعتماداً على وصف المبصرين له ولهذا فهو يعيش فى عالم غير واقعى . وهذا يعنى أن الكفيف لايصف بيئته بكلمات ذات معنى بالنسبة لما يحس به هو إنما وفقا لما يحس ويشعر به الآخرون . إن اللاواقعية اللفظية محاولة من الكفيف للحصول على موافقة مجتمعه ، ولذلك فهو يعمل كما يريد مجتمعه وليس كما يريد هو . (منى الحديدى ، ١٩٩٦ : ٣٨)

٣- الخصائص الاجتماعية :

يلعب البصر دوراً هاما فى بناء وتطوير العلاقات بين الأشخاص ، فالتعلق الاجتماعى كما هو معروف يعتبر أحد أول الارتباطات العاطفية الحقيقية التى تتطور بين الرضيع والوالدين ، وغالبا ما يصعب تطور التعلق خوفا من الغرباء ولاريب فى أن فقدان البصر يمكن أن يؤثر سلباً على هذه العملية . فحاسة البصر تعمل بمثابة المصدر الرئيسى لاكتساب المعلومات المتضمنة فى التعرف على الأشخاص . (منى الحديدى ، ١٩٩٦ : ٣٥)

فالإعاقة البصرية تؤثر فى السلوك الاجتماعى للفرد تأثيراً سلبياً ، حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات فى عمليات النمو والتعامل الاجتماعى ، وفى اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتى ، وذلك نظراً لعجز المعوقين بصريا أو محدودية مقدرتهم الحركية وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية وتعبيراتهم الوجهية كالبشاشة والعبوس ، والرضا والغضب ، وغيرها مما يعرف بلغة الجسم ، وتقليد هذه السلوكيات ، أو محاكاتها بصريا والتعلم منها . (عبدالمطلب القريطى ، ١٩٩٦ : ١٩٧ - ١٩٨)

فغياب حاسة البصر من الأسباب التى تؤدى إلى صعوبة نسبية فى الاتصال بالآخرين . فالكفيف لايستطيع الاتجاه بنظراته إلى محدثه ، وبدلا من الابقاء على الاتصال البصرى مثلما يفعل المبصر عادة أثناء التحدث ، فإن الكفيف قد يدير أذنه تجاه المتحدث حتى يسمع بشكل أفضل وبذلك يبعد وجهه عن المتحدث ، وابعاد الوجه أو العينين بعيدا عن المتحدث قد يعنى عدم الاهتمام أو التهرب . هذا إلى جانب أنه محروم أيضا من الإشارات الاتصالية الاجتماعية كتعبيرات الوجه ، وحركات اليد ، وحركات الشخص الآخر ، وفشله فى ملاحظة واستخدام إشارات اليد التقليدية فى الاتصال قد تسبب اتصالاً أقل كمالاً أو استخدام إشارات يعتبرها الآخرون مناقضة للرسالة الشفهية أو مشتته للانتباه .

(Telford, D., & Sawery, J., 1972 : 308)

وهكذا يتضح أن الاتصال العينى Eye contact يلعب دوراً أساسياً فى عملية التفاعل الاجتماعى ، فالاتصال العينى عادة ما يكون مستمراً أثناء المحادثة بين شخصين مبصرين ، لكن الشخص المعوق بصرياً قد لايتقيد بهذا الروتين الاجتماعى، فربما وجه نظره نحو الأسفل أو الأعلى أو إلى اليمين أو إلى اليسار بما قد يفسره الطرف الثانى فى المحادثة على أنه عدم اهتمام أو أعراض أو ملل ، مع أن الشخص المعوق بصرياً قد يتصرف على هذا النحو بقصد زيادة فاعلية الاستماع لديه . (ناصر الموسى ، ١٩٩٦ : ٨٥)

إن كف البصر يؤثر على قدرة الشخص على الاستثارة والتفاعل الاجتماعى تلك العمليات التى تعتمد على رؤية الحركة والاستمتاع بالمشاهدة ، وفقدان الكفيف لهاتين الوظيفتين يعطل جانباً هاما من جوانب الشخصية المتكاملة التى تحس بالجمال وتسعى

إليه بل إن اعتماد الكفيف على تصوره الذاتي لهذه المدركات يجعل منها تصورات يشوبها الغموض والرهبة . (منال منصور ، ١٩٨٥ : ٨٨)

ومن أوضح المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الحركات والخبرات المحدودة للأطفال ذوى الإعاقة البصرية هى حالة السلبية والاعتمادية وقلة الحيلة وما ينجم عنها من مشكلات عديدة . (Kirk, S. & Gallagher, J. 1986 : 177)

فالطفل الكفيف يحتاج إلى مساعدة الوالدين أكثر من الأطفال المبصرين وهذا يصاحبه عدم تلبية كثير من حاجاته مما قد يجعله يشعر أن الآخرين لايهتمون به وهذا يؤثر بشكل أو بآخر على علاقة الطفل بوالديه ، هذا وقد يتولد إحساس عام بأنه غير قادر على التحكم فى بيئته ، وهذا الشعور قد يدفع بالطفل إلى الاهتمام بنفسه أكثر من اهتمامه بالمحيط الخارجى أثناء نشاطاته المختلفة ، وقد يولد لديه شعوراً بعدم الأمن مما قد يحد من محاولاته لاكتشاف بيئته وهذا يؤثر على النمو الاجتماعى للطفل الكفيف . (منى الحديدى ، ١٩٩٦ : ٣٥ - ٣٦)

٣- الخصائص الإنفعالية :

تؤدى الإعاقة البصرية إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته ، وعلى صحته النفسية وربما أدت بالكفيف إلى سوء التكيف الشخصى والاجتماعى ، والاضطراب النفسى نتيجة الشعور بالعجز والدونية والاحباط والتوتر ، وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن ، ونتيجة لآثار الاتجاهات الاجتماعية السالبة ، كالإشفاق والحماية الزائدة والتجاهل والاهمال ، مما يسهم فى تضخيم شعورهم بالعجز والقصور والاختلاف عن الآخرين . (عبدالمطلب القريطى ، ١٩٩٦ : ١٧٦)

وأشار كمال سيسالم (١٩٨٨ : ٧٦) إلى أن العديد من الدراسات التى قام بها كل من بتريكسى .Petrucci, D (١٩٥٣) ، وزهــران .Zahran, H (١٩٦٥)، و وارين .Warren, H (١٩٧٧) ، وكروس .Kraus, R (١٩٧٨) والتى بحثت العلاقة بين الإعاقة البصرية والأمراض العصابية انتهت إلى أن هذه الأمراض تنتشر بين ذوى الإعاقة البصرية بدرجة أكبر من انتشارها بين المبصرين ، وأن أكثر الأمراض العصابية انتشاراً بين ذوى الإعاقة البصرية هو "القلق" .

هذا وتوصل رشاد عبدالعزيز (١٩٩٤) إلى النتيجة السابقة من خلال دراسته : "للأعصبة النفسية للمعاق بصريا" ، فقد وجد أن ذوى الإعاقة البصرية ينتشر بينهم الأمراض العصابية أكثر من المبصرين ومن بين تلك الأمراض القلق ، والوسواس القهرى، والرهاب ، والأعراض السيكوسوماتية ، والهيستيريا ، والاكتئاب .

أضف إلى ذلك نتائج العديد من الدراسات التى أجريت فى هذا المجال بدءاً من دراسة بيومان .Bauman, M (١٩٦٤) ، وهاردى .Hardy, R (١٩٦٧) ، وسامية القطان (١٩٧٤)، وحمدى حسنين (١٩٨٩)، وعبدالعزيز الشخص (١٩٩٢)، وأحمد الشافعى (١٩٩٣) وآمال نوح (١٩٩٥) ، والتى أشارت جميعها إلى أن ذوى الإعاقة البصرية يغلب عليهم مشاعر القلق ، والصراع والدونية ، والسلبية ، وعدم الثقة بالنفس ، وإختلال صورة الجسم ، والانطواء ، وأن هذه الفئة أكثر استخداما للحيل الدفاعية كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب ، كما أنهم أكثر عرضه للاضطرابات الانفعالية .

والفاحص لمصادر الاضطراب الانفعالى التى يعانى منها ذوو الإعاقة البصرية يجد أنها تنبع من مصدرين رئيسين هما :

أ - سوء التوافق الشخصى :

لقد أشار عبدالسلام عبدالغفار ويوسف الشيخ (١٩٨٥ : ١٤٧ - ١٤٨) إلى أن نتائج الدراسة التى قامت بها "سومرز" بهدف التعرف على مظاهر السلوك التوافقى للمراهقين المكفوفين ، كشفت عن ستة أنماط يستخدمها المكفوفون للتوافق وهى :

١- **استجابات تعويضية سليمة :** وفيها يعترف الشخص بنواحى قصوره الناجمة عن عجزه ويتقبلها ويحاول أن يقلل منها وذلك عن طريق التعويض السوى .

٢- **استجابات تعويضية مفرطة :** وفى هذه الحالة يبدى الشخص عدواناً زائداً واستياءً من النقد الذى يوجه إليه .

٣- **استجابات الانكار :** وفيها لايعترف الشخص بنواحى التقصور الفعلية الناجمة عن كف البصر ويتجلى ذلك فى خططه التعليمية والمهنية ونواحى النشاط المختلفة وميوله وينكر أن كف البصر معوق له ويتجنب مناقشة المشكلات المتصلة بعجزه

٤- **استجابات دفاعية :** حيث يستخدم الشخص الكفيف التبرير أو الإسقاط لإعطاء

أسباب مقبولة اجتماعيا لسلوكه ، حتى يحمى نفسه من ضرورة الاعتراف بالأسباب الحقيقية لإخفاقه ويلوم المجتمع لتحيزه ضد المكفوفين ويشعر أنه يعامل بطريقة غير عادلة .

٥- **استجابات انسحابية :** حيث تتركز أفكار الشخص الكفيف ونشاطاته حول عجزه البصرى ، ويتجنب الاتصالات الاجتماعية والتنافس مع غيره فيما عدا الذين يتشابهون معه فى كف البصر ويسيطر عليه الشعور بالدونية ويستغرق فى ألوان النشاط الفردية وأحلام اليقظة .

٦- استجابات لسلوك غير متوافق : حيث يظل الشخص الكفيف غير متوافق ، وغير قادر على مواجهة مشكلات الحياة ، ويظهر سوء التوافق فى أعراض كثيرة منها التمركز حول الذات وعدم الثبات الانفعالى والقلق الشديد .

وهكذا نجد أن الكفيف غالباً يلجأ لأنواع الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع الصراع والمخاوف ، وأهمها التبرير فهو حينما يخطئ يبرر اخطاءه بأنه كفيف وعاجز ، رغم أن عجزه قد لايكون له دخل كبير فيما ارتكب من أخطاء وهو يلجأ لهذا الأسلوب حينما ينفر من قبول التفسير الصحيح عما يفعل وهو تفسير قد يشير إليه بأصابع الاتهام .(لطفى بركات ، ١٩٨٨ : ٨٦)

وهناك من ذوى الإعاقة البصرية من يهربون من مواجهة مواطن الضعف فى أنفسهم التى اجتذبها كف البصر وأبرزها ، وذلك بالقاء كل اللوم على عماهم ، فكف البصر بالنسبة لهم مأساة لايمكن قهرها وليس هناك من فائدة ترجى من استمرار المحاولة . (توماس كارل ، ١٩٦٩ : ١٠٧) حيث يبدو أن المكفوفين كغيرهم من الأقليات لهم خاصية جسمية تُوجد فيهم ما يشبه "الرف" يضعون فوقه أسباب كل فشل يصيبهم ، ومما لاشك فيه أنه لايمكن أن يوجد سبب أدعى للفشل الشخصى من فقدان البصر ، فكل كفيف يمنى بفشل يعذر إذا ما تساءل عما إذا كان فشله هذا بسبب عدم البصر أو لشئ آخر (هكتور تشيفنى ، ومندل بريفرمان ، ١٩٦١ : ٢٧٠)

ب- سوء التوافق الاجتماعى :

إن الإصابة بفقدان البصر تحمل معانى كثيرة بالنسبة للآخرين ، والطفل الكفيف لايستطيع أن يتنبأ عندما يتعرض لأحد المواقف الاجتماعية ما إذاكان ينظر إليه بنوع

من الفضول أو الشفقة أو المساعدة أو الحماية ، أو التجنب أو الرفض المباشر ، فنادراً ما ينظر إلى هذا الطفل على أنه شخص لديه خصائص نفسية تتجاوز الانحراف البصرى ، وعادة يتلقى هذا الطفل من الاستجابات ما يتناسب مع ما تعينه الإعاقة بالنسبة للآخرين . (فتحى عبدالرحيم ، حليم بشاى ، ١٩٨٨ : ١٦٧)

فالكفيف يعيش فى مجتمع غالبيته من المبصرين وقد يشعر أن أولئك المبصرين يعتقدون أن فقد البصر يعتبر عقابا على أخطاء ارتكبها هو أو ذووه وقد يتأثر بالآراء السابقة من المبصرين وهذه الاتجاهات حينما يدركها على نحو سلبى فإنها تجعله كثير الشكوى من الأعراض والمظاهر التى تدل على القلق وعدم القدرة على النوم بسبب الأحلام المزعجة والشعور المستمر بالتعب والخوف من المجهول والبكاء بدون سبب معلوم . (ابراهيم قشقوش ، ١٩٧٢ : ٩١)

والكفيف أحيانا يتساءل رغماً عنه لماذا هو دون غيره من الناس ، وهو لم يقترف ذنبا ؟ وينتهى تساؤله ومحاكمته بأنه مظلوم ومضطهد ، ويتأكد هذا الشعور لديه بالمواقف التى يقفها بعض الأفراد منه . وذلك حين يعتدون على حقوقه وخصوصا الأطفال الذين لايدركون إدراكاً كاملاً عمق المأساة والحرمان اللذين يمزقانه ، ولعل أقسى المواقف وأشدها إذلالاً للكفيف هى مواقف السخرية والإبعاد التى يقفها الأطفال المبصرون منه ، وتتجلى بمنعه من مشاركتهم فى ألعابهم وضحكهم عليه واستهزائهم به ، وهو يفسر هذه المواقف بأنها اضطهاد له وإساءة إليه ، وأما السبب - فهو برأيه - لأنه كفيف . (لطفى بركات ، ١٩٧٨ : ٢٨٣ - ٢٨٤)

وقد تجد مشاعر الكفيف إزاء نظرة الآخرين تجاهه ما يعززها من عدم قدرته على التحكم فى بيئته عن طريق الابصار الذى يعتبر مسئولاً عن خوفه من ملاحظة الآخرين له . ولايستطيع أن يحدد ما إذا كان تحت الملاحظة أو متى تبدأ الملاحظة أو تنتهى ما لم يفصح الملاحظ له عن نفسه بطريقة غير بصرية وهذا الخوف فى حد ذاته يُحدث له شيئا من التوتر والقلق .(عبدالسلام عبدالغفار ويوسف الشيخ ، ١٩٨٥ : ١٥٢ - ١٥٣) فنجده يسقط مشاعره الخاصة على المحيطين به ، فيتوهم أن العيون تلاحقه حتى حين لايكون ذلك ، وتلك ظاهرة شائعة بين ذوى الحساسية الذاتية الشديدة ، ومن شأن كف البصر أن يؤدى بسهولة إلى زيادة حساسية الشخص ذاته (توماس كارل ، ١٩٦٩ : ٣٠٢)

ومن ناحية أخرى ، نجد الطفل الكفيف يعيش فى مجالين مختلفين من الناحية النفسية ، فهو كأى فرد آخر يعيش فى عالم الغالبية العظمى فيه من العاديين ، وفى نفس الوقت يعيش فى عالم سيكولوجى خاص تفرضه عليه الإعاقة ، إلا أن هذين العالمين متداخلان فالعالم الخاص به يبدو طبيعياً بالنسبة له ، وهو عالمه الوحيد إذا لم يكن عليه أن يكون على اتصال مستمر بعالم آخر من الخبرات مختلف تماماً هو عالم العاديين من الناس ، ولكن سرعان ما يدرك أن عالم العاديين هو الأكثر أهمية (فتحى عبدالرحيم ، وحليم بشاى ، ١٩٨٨ : ١٦٨) لذلك يحاول الكفيف الخروج من عالمه الضيق والاندماج فى عالم المبصرين ، وفى سبيل ذلك فهو فى حاجة إلى الاستقلال والتحرر ولكنه حينما ينالهما يصطدم بآثار عجزه التى تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود ، إذ يشعر عندئذ بعجزه ، فهو لايستطيع الحركة بحرية ، ولن يستطيع السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر ، كما أنه لايستطيع إدراكها ، وينشأ عن هذا أن يقع فى قلق مستمر (سمير الدروبى ، ١٩٦١ : ١٨٠) ، وهكذا تتعرض شخصية الكفيف لأنواع متعددة من الصراعات ، فهو فى صراع بين الدافع إلى التمتع بمباهج الحياة ، والدافع إلى الانزواء طلباً للأمان ، دافع إلى الاستقلال ودافع إلى الرعاية ، فهو يرغب من جهة أن تكون له شخصية مستقلة دون تدخل من الآخرين ، ولكنه فى نفس الوقت يدرك أنه مهما نال من استقلال فإنه يظل إلى درجة محدودة لايستطيع أن يتعداها مرتبطاً بمن حوله لخدمته ورعايته فى بعض الأمور التى لايستطيع إنجازها بمفرده . (زينب شقير ، ١٩٩٩ : ٢٤٣)

هذا إلى جانب أن مجتمع المبصرين يفرض على الكفيف مواقف الشعور بالنقص والدونية ، والكفيف قد يتخذ إحدى استجابتين تجاه هذا الموقف : فإما أن يحتفظ باتجاهات إعتبار الذات الإيجابية عن طريق ما تفرضه البيئة من الاحساس بالنقص عضويا واجتماعيا ، وأما أن يقبل التقييمات الشخصية الاجتماعية للمبصرين مضحيا باحترامه لذاته ، وهكذا يتضح أن الاستجابة الأولى من الاستجابتين السابقتين تجعل الشخص الكفيف يحافظ على احترام الذات فى مقابل التقبل الاجتماعى ، بينما تجد الاستجابة الثانية تكسب الكفيف القبول الاجتماعى فى مقابل التضحية باتجاهات اعتبار الذات فى سبيل مسايرة اتجاهات ومفاهيم مجتمع المبصرين . (فتحى عبدالرحيم ، ١٩٦٩ : ٢٥)

وهكذا يتضح مما سبق ، أن الكفيف يحيا حياة يفرض عليه عجزه فيها عالما ضيقا محدودا ، يود لو استطاع الإفلات منه والخروج إلى عالم المبصرين ، وهو ثانيا : أمام حاجات نفسية لايستطيع إشباعها ، وأمام إتجاهات اجتماعية تحاول عزله عن مجتمع المبصرين وتقف دون تحقيق رغبته فى الاندماج فى عالم المبصرين ، وهو ثالثا : أمام مواقف يواجه فيها أنواعا من الصراع والقلق . (مصطفى فهمى، ١٩٦٥ : ١٧) حيث ينتاب الكفيف العديد من المواقف التى يشعر فيها بالقلق فهو يخشى أن يُرفض ممن حوله بسبب عجزه ، ويخشى أن تُستهجن تصرفاته ، وهو فى خشية دائمة من أن يفقد حب الآخرين الذين يعتمد أمنه على وجودهم واستمرار حبهم له، ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لايمكنه أن يتفاداها لأنه كفيف ، ثم يخشى من الوحدة رغم أنها تشعره بنوع من الاستقلال إلا أنها تشعره من ناحية أخرى بفراغ قد تملؤه أوهام تخيفه وترعبه . (لطفى بركات ، ١٩٨٨ : ٨٥)

إن أحد مصادر سوء التكيف والاضطراب الانفعالى التى يعانى منها الأطفال المكفوفون أنهم كثيراً ما يواجهون مواقف سيكولوجية جديدة تفرض عليهم مطالب أكثر حدة من غيرهم . ففى كل مرة يخرج فيها الطفل الكفيف من منزله إلى مكان مألوف لديه يواجه موقفاً سيكولوجياً جديداً ، وذلك نتيجة خشيته أن تكون هناك بعض العوائق فى أماكن لم تكن متوقعة وفى هذه الحالة يواجه الطفل مواقف الإحباط والفشل نتيجة للمواقف السيكولوجية الجديدة (فتحى عبدالرحيم ، ١٩٨٨ : ١٦٦ - ١٦٧) ولذلك فهو فى حاجة إلى طلب المساعدة من الآخرين ، ويتقبله لهذه المساعدة دائما تتهدد شخصيته ، فقد يتطور ميله إلى تقبل المساعدة إلى أن يعمم ذلك على جميع المواقف التى يمر بها ويتوقع المساعدة فى أى موقف بصرف النظر عما إذا كان الموقف يستدعى المساعدة أم لا وبذلك نجده يطالب الآخرين بالمساعدة دائما مستنداً إلى عجزه ، وهكذا ينكص على عقبيه إلى مراحل طفولته الأولى . (عبدالسلام عبدالغفار ويوسف الشيخ ، ١٩٨٥ : ١٤٠)

فيعتاد الكفيف بذلك قبول المساعدة من الآخرين حتى ولو كان قادراً على الاستغناء عنها ويصبح بذلك أميل إلى الإعتماد على الآخرين فى قضاء حاجاته ، ومثل هذا الموقف يؤثر تأثيراً كبيراً على علاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به . (لطفى بركات ، ١٩٧٨ : ٢٧٠)

وهكذا نجد البعض منهم يهرب داخل العمى ، وهؤلاء هم من نجدهم يحتاجون إلى مبرر حتى ينتهوا إلى الاستمتاع بالتبعية والاعتماد على الآخرين ، فنجدهم يتحدثون عن الصعوبات التى يعانون منها ، بل وربما يقومون بمحاولات استعراضية للتغلب على هذه الصعوبات - هى فى الواقع محاولات خادعة لأنفسهم وللآخرين - ففى الواقع أصبح من الأيسر عليهم الآن أن يكونوا عالة مستندين إلى مبرر مقبول للتبعية ألا وهو كف البصر وعدم قدرتهم على الحركة (توماس كارل ، ١٩٦٩ : ١٠٧ - ١٠٨)

وقد لخص فتحى عبدالرحيم (١٩٨١ : ١٥٧) بعض العوامل البيئية والذاتية المرتبطة بتوافق ذوى الإعاقة البصرية على النحو التالى :

١- تفرض الإعاقة البصرية نوعاً من البيئة الخاصة تجعل الفرد يواجه صعوبة فى التفاعل معها ومعالجتها ، ويظهر أثر ذلك فيما يفرضه كف البصر من أثر على الخبرات التى يكتسبها الفرد وفى نوع هذه الخبرات .
٢- تعمل الإعاقة البصرية على وضع الفرد فى موقف صراع حينما يضطر إلى الاختيار بين أساليب سلوكية تتفق مع السلوك الشائع اجتماعيا فتتعارض مع ما يفرضه العجز من قصور وبين ما يتفق مع السلوك الطبيعى فى ظل الإعاقة البصرية .
٣- عدم القدرة على التنبؤ بسلوك الآخرين من ناحية ، وشعور الفرد الكفيف بالعزلة من ناحية أخرى .
٤- الطريقة التى يدرك بها الفرد الكفيف الخبرات من حوله وتقييمه لموقفه الاجتماعى ونظرته لما يعتقده المبصرون عنه تلعب دوراً كبيراً فى سلوكه الاجتماعى .
٥- البيئة الاجتماعية للفرد الكفيف بما تحويه من علاقات متبادلة مع الآخرين ومن استجابات هذا الفرد لهذه الاتجاهات كل ذلك يميل إلى خلق متغيرات فى البيئة تؤثر على الصورة التى يكونها .

وهكذا يتبين لنا من خلال العرض السابق أن هناك ترابطا واتصالاً بين الخصائص الاجتماعية واللغوية والحركية والانفعالية التى يخلقها كف البصر على حياة ذوى الإعاقة البصرية . فالجانب اللغوى يؤثر على الجانب الاجتماعى ، وكذلك الجانب الحركى يؤثر على الجانب الانفعالى ، والأخير يتأثر بالجانب الاجتماعى .. وهكذا فهى

سلسلة متصلة الحلقات لا يمكن فصل إحداها عن الأخرى ، فليست هناك حدود فاصلة بين ما هو لغوي وما هو انفعالي واجتماعي وحركي ، فكل منهم يصب في وعاء واحد ألا وهو شخصية ذي الإعاقة البصرية ، فحدوث اضطراب في أحد الجوانب يؤثر بالسلب على الجوانب الأخرى ، كذلك القلق كالنهر الذي له منابع عديدة ، وتتوقف قوة النهر وغزارة مياهه واستمرارها على مصادر المنابع وغزارتها ، فقد ينبع قلق ذي الإعاقة البصرية من الاضطراب في المهارات الحركية ، فإذا كان هدف ذي الإعاقة البصرية مثلاً تحقيق الاستقلالية الذاتية ، فهذا يعني أن التنقل المستقل جزء هام من استقلاليته ولكن غياب التشجيع وعدم توافر الأمان ومحدودية الخبرة تجعل الفرد يعيش وهو مفتقر إلى المهارات الحركية اللازمة للتعرف على البيئة مما يدفعه إلى أحد اختيارين ، أولهما : تجنب التنقل بين الأماكن المختلفة خشية أن تكون هناك عوائق يصطدم بها فيصبح - برأيه - مجالاً لسخرية الآخرين واستهزائهم ، فيؤثر البقاء ويعيش في عالم من العزلة ، أما الاختيار الثاني : هو أن يعتمد على الآخرين في التنقل من مكان لآخر ، لكننا نجد الكثيرين منهم ينغمسون في هذا الاعتماد بصورة كاملة ويعتادون على هذه المساعدة ويعممونها في كل مواقف حياتهم فيضعون أنفسهم تحت رحمة من يعتمدون عليهم . وهكذا يصبح كلا الاختيارين منبعاً من منابع القلق والاضطراب النفسي لديهم كذلك على الجانب الآخر نجد أحد الروافد الأخرى لقلق ذوي الإعاقة البصرية هو الإفتقار إلى المهارات اللغوية اللفظية منها وغير اللفظية ، فقد تبين أنهم يعانون من بعض الصعوبات التي تتعلق باللغة اللفظية حيث أن ذا الإعاقة البصرية يتحدث بمعدل أبطأ من المبصر ، ويتحدث بصوت أعلى ، وينغم صوته بدرجة أقل ، هذا إلى جانب أنه يفتقر إلى التنوع الصوتي ، أما عن اللغة غير اللفظية والتي تتضمن الإشارات والإيماءات التي تستخدم بين المتحدثين أثناء محادثتهم فهي مفقودة لديه ومن ثم تصبح هناك حلقة مفقودة بينه وبين المتحدث معه ، مما قد يكون له تأثير سلبي على من يتحدث إليه .

ويرتبط بهذا الجانب رافد آخر ألا وهو الجانب الاجتماعي ، فاللغة سواء أكانت لفظية أو غير لفظية هي حلقة الاتصال بين الأفراد في العلاقات الاجتماعية . فالاتصال العيني يلعب دوراً كبيراً في التفاعل الاجتماعي . فعدم مقدرة ذي الإعاقة

البصرية على قراءة تعبيرات الوجه لمعرفة أثر كلماته على من يستمع إليه ، أو عدم استطاعته استخدام تلك التعبيرات لتصوير انفعالاته بما يقوله الآخرون كل ذلك يؤثر على المتحدثين معه . فقد يوحى لمحدثه أنه لا ينصت إليه أو أنه لا يهتم بما يقوله ، ولهذا فعلاقات ذوى الإعاقة البصرية بالآخرين تبدو فى كثير من الأحيان - أحادية الجانب - ومن ثم يؤدى ذلك إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية ، وتعتبر مصدراً آخر من مصادر القلق .

ثم تأتى اتجاهات المجتمع نحو ذوى الإعاقة البصرية وتفسيره لهذه الاتجاهات كأحد مصادر - القلق الاجتماعى - فقد يعتقد أن البعض ينظر إليه نظرة سخرية واحتقار ، وآخرين ينظرون إليه نظرة ملؤها الشفقة والعطف والرثاء ، وقد يعتقد أيضاً أنه موضع لمراقبة الآخرين ونقدهم فى أى مكان يتواجد به ، وأياً كان إدراكه لهذه الاتجاهات فهو إما أن يقف منها موقفاً عدائياً أو يبتعد عن الناس ويعيش فى عالمه الخاص ظناً منه أن ذلك ينأى به عن ذلك المجتمع الظالم - برأيه - ، وكل ذلك يؤدى به فى النهاية إلى اضطرابه الانفعالى .

وهذا ينقلنا إلى الفصل الثانى وهو القلق ، وما هو الفرق بينه وبين الخوف ؟ وماهى أهم الأعراض المميزة لهذا الاضطراب ؟ ثم عرضاً لأهم النظريات التى تناولته بالتفسير.



الفصل الثاني

قلق الكفيف

قلق الكفيف

يعتبر القلق أساس الإضطرابات والأمراض النفسية ، فهو باتفاق جميع مدارس علم النفس الأساس لكل اختلالات الشخصية واضطرابات السلوك ولكنه فى الوقت ذاته الركيزة الأولى لكل الإنجازات البشرية سواء المألوفة أو الابتكارية ، ولذا أصبح القلق النفسى مع تعقيد الحضارة ، وسرعة التغير الاجتماعى وصعوبة التكيف مع التشكيل الحضارى السريع والتفكك العائلى وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة وضعف القيم الرئيسية والخلقية مع التطلعات الأيدولوجية المختلفة - هو محور الحديث الطبى فى الأمراض النفسية والعقلية بل والأمراض السيكوسوماتية (رشاد عبدالعزيز ، د.ت : ٢٧٣)

١- مفهوم القلق :

تمثل تعريفات القلق عموماً اتجاهين لكل منهما خط محدد :

- **الاتجاه الأول** : يمثل المهتمين بالبحوث الإكلينيكية ، ويعبر عن القلق فيه بأنه حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذى ليس له مبرر موضوعى من طبيعة الموقف الذى يواجهه الشخص مباشرة وغالبا ما يتطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معا ، وتكون هذه الحالة عادة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب فى السلوك .

- **الاتجاه الثانى** : يمثل المهتمين بالبحوث التجريبية ، ويعبر عن القلق فيه بأنه دافع أو حافز ، إذا ما استثير فإنه يؤدى إلى تنشيط الشخص فى المواقف التى تطالبه فيها بأن يكتسب مهارة معينة ، كما أنه يساعد على تدعيم هذا الاكتساب .

ونظرا لأن الدراسة الحالية تتناول مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ، لذلك فسوف نتناول تعريفات القلق التى تمثل اتجاه البحوث الإكلينيكية .

وفى هذا الإطار يعرفه هليجارد Hilgard, E. (١٩٧١ : ٣٤٦) القلق بأنه "حالة من ترقب أو توقع الشر أو عدم الراحة أو الاستقرار التى ترتبط بالشعور بالخوف ويؤكد أن موضوع القلق يكون أقل تحديداً من موضوع الخوف ومع ذلك فهو حالة توقع خطر غامض مبهم " .

وتعرفه انتصار يونس (١٩٧٤ : ٣٩١) بأنه " عدم الارتياح ، وعدم الاستقرار الذهنى ، والفزع الغامض ، والتوتر الزائد ، وهو كثير الحدوث فى حياتنا اليومية" .

بينما يعرفه محمد غالى ، ورجاء أبو علام (١٩٧٤ : ٥٩) بأنه " خبرة عنيفة من الخوف والتوجس يدركها الفرد كشئ ينبعث من داخله ، ولايمت بصلة إلى موقف تهديد خارجى واقعى . وتتصف استجابة القلق بأنها ذاتية وغير موضوعية " .

أما عبدالمنعم الحفنى (١٩٧٥ : ٥٨) فيعرف القلق بأنه "شعور الخوف والخشية من المستقبل دون سبب معين يدعو للخوف ، أو هو الخوف المزمن ، فالخوف مرادف للحصر ، إلا أن الخوف استجابة لخطر محدد بينما الحصر استجابة لخطر غير محدد ، وطالماأن المصدر الحقيقى للخطر غير معروف للشخص العصابى فإن استخدام الحصر يقتصر على المخاوف العصابية " .

ويعرفه وليم الخولى (١٩٧٦ : ٤٧) بأنه " خبرة وجدانية مكدرة وأنه يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر، وعدم الاستقرار والاضطراب ، والخوف ، وتوقع الخطر" .

بينما يعرفه أحمد رفعت جبر (١٩٧٨ : ٥٧) بأنه " استجابة لخطر غامض وغير معروف ، وسواء أكان هذا الخطر داخليا فى نفس الفرد أم خارجيا فى بيئته الاجتماعية - الحضارية ، فإنه يهدد شعوره بالأمن والاستقرار " .

بينما يعرف حامد زهران (١٩٧٨ : ٣٩٧) القلق بأنه " حالة توتر شامل ويستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلى أو رمزى قد يحدث ويصاحب هذه الحالة خوف غامض ، وأعراض نفسية جسمية ، ورغم أن القلق غالبا ما يكون عَرَض لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب ، وتفصح عن نفسها فتكون اضطرابا نفسيا أساسيا ، وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق Anxiety Reaction والقلق العصابى Anxiety Neurosis وهو أشيع حالات القلق ، وهكذا يمكن اعتبار القلق انفعالاً مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر " .

أما أحمد عزت راجح (١٩٧٩ : ١٦٨) فيعرف القلق بأنه : " انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر ، ولكنه يختلف عنه فى أن الخوف يثيره موقف خطر مباشر ماثل أمام الفرد يضر بالفعل ، ولهذا فالقلق حالة من التوتر الانفعالى تشير إلى وجود خطر خارجى أو داخلى شعورى أو لاشعورى يهدد الذات ، وهو يتراوح

بين القلق الخفيف والحاد الذى تصل شدته إلى حالة من الرعب والفزع ، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى ويدوم أكثر من الخوف العادى لأن الخوف العادى متى انطلق من سلوك مناسب استعاد الفرد توازنه وزال خوفه ، أما القلق فيتبقى لأنه خوف متعقل لايجد منصرفاً " .

ويعرف أحمد عكاشة (١٩٨٠ : ٣٨) القلق بأنه "شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى يأتى فى نوبات تتكرر فى نفس الفرد ، وذلك مثل الشعور بفراغ فى فم المعدة ، أو السحبة فى الصدر ، أو ضيق فى التنفس ، أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع ... الخ " .

ويرى طلعت منصور (١٩٨١ : ٤٥٠) أن القلق " حالة انفعالية واقعية مركبة نستدل عليها من عدد الاستجابات المختلفة ، وقد يكون القلق موضوعياً كرد فعل طبيعى لمواقف ضاغطة أو يكون مرضياً كحالة مستمرة ومنتشرة غامضة ومهددة " .

أما عبدالرحمن العيسوى (١٩٨٤ : ٧٣) فيعرف القلق " بأنه حالة انفعالية تتسم بالخوف ، وترقب الخطر وتوقعه " .

أما أحمد عبدالخالق (١٩٨٧ : ٢٧) فيعرف القلق بأنه "انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد أو وهم مقيم وعدم الراحة وعدم الاستقرار ، وهو كذلك أساس التوتر والشد وخوف دائم لامبرر له من الناحية الموضوعية ، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول كما يتضمن القلق إستجابة مفرطة لمواقف لاتعنى خطراً حقيقياً والذى قد لايخرج فى الواقع عن إطار الحياة اليومية . ولكن الفرد القلق يستجيب لها كما لو كانت ضرورات ملحة ، أو مواقف يصعب مواجهتها " .

ويستطرد علاء الدين كفافى (١٩٩٠ : ٣٤٢) فى نفس الخط السابق ويعرف القلق بأنه " خبرة انفعالية مكدرة أو غير سارة ، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف فى موقف صراعى أو إحباطى حاد ، وكثيرا ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية ، خاصة عندما تكون نوبة القلق حادة ، مثل زيادة إفراز العرق والارتعاش فى الأيدى والأرجل " .

أما التصنيف الأمريكى الإحصائى الرابع فقد تناول مفهوم القلق من خلال

تصنيفه لعدد من الإضطرابات ، وهى :

١- اضطرابات الهلع Panic disorder

أ- اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة

ب- اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة

٢- رهاب الأماكن المتسعة غير المصحوب بنوبات الهلع Agoraphobia

٣- الرهاب البسيط Simple phobia

٤- الرهاب الاجتماعى Social phobia

٥- اضطراب الوسواس القهرى Obsessive compulsive disorder

٦- الإنعصاب ما بعد حادثة Posttraumatic stress disorder

٧- اضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder

٨- اضطراب القلق غير المصنف Anxiety disorder not other wise.

(DSM - IV, 1994 : 199 - 218)

أما حسن مصطفى (١٩٩٨ : ٣٥٢) فيعرف القلق بأنه" إحساس شعورى غامض وتوقع السوء وتكون الحالة مزمنة ومستمرة مع توتر دائم وعدم ارتياح وانشغال بكوارث المستقبل وأخطاء الماضى ، والقلق ربما يكون خبرة عامة تماماً أو ربما يثار على وجه الخصوص بواسطة التفاعل الاجتماعى أو الاهتمام بالذات الجسمية" .

وباستعراض الآراء السابقة لتعريف القلق وجد أنها تتفق على اعتبار القلق :

- خبرة انفعالية غير سارة .
- تنتاب الكائن الحى عموماً والإنسان بصفة خاصة .
- ينتج عن توقع الفرد لتهديد غير محدد المصدر .
- له عدة مظاهر نفسية انفعالية وفسيولوجية .

بينما قد عرف كل من عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص (١٩٨٤ : ١٠) القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية بأنه " خبرة انفعالية غير سارة يعانى منها الأفراد ذوى الإعاقة البصرية عندما يشعرون بخوف أو تهديد من شئ دون أن يستطيعوا تحديده تحديداً واضحا ، ويتضح القلق من زملة الأعراض الفسيولوجية والانفعالية ، واضطراب علاقاتهم الاجتماعية وتشويه مفهوم الذات لديهم والشعور بالدونية واضطراب عمليات

التفكير ، وخوفهم من المستقبل المهنى والأسرى ، وشعورهم بالارتباك بحيث يصعب عليهم أداء متطلبات حياتهم اليومية بكفاءة " .

ب - الفرق بين القلق والخوف :

لقد تعددت آراء العلماء حينما تناولوا مفهومى القلق والخوف ... فالبعض منهم يرى أنه ليس هناك اختلاف واضح بين المفهومين ، بينما أكد البعض الآخر على وجود فروق جوهرية واضحة بين مفهومى القلق والخوف .

ومن مؤيدى الإتجاه الأول نجد فولبه .Wolpe, J (١٩٥٨ : ٣٤) الذى يرى عدم وجود اختلاف بين الخوف والقلق وقد عبر عن ذلك بقوله : " أنه ليس هناك أى سبب يدعونى للاعتقاد بأن هناك أى اختلاف فسيولوجى بين الخوف المثار عن طريق محفز مرتبط بتهديد موضوعى كالثعبان ؟ والخوف غير المتكيف والذى يثار من قطة صغيرة " .

بينما نجد ب. وولمان (١٩٩١ ، ٢٧) يرى أن كلمتى الخوف والقلق على الرغم من أنه يتم استخدامها بصورة تبادلية إلا أن هناك اختلافاً واضحاً حيث يرى أن الخوف يعد استجابة انفعالية إزاء خطر نوعى حقيقى (فى حالة الخوف العادى) أو غير حقيقى (فى حالة الخوف المرضى) بينما يكشف القلق عن شعور تشاؤمى عام بهلاك محدق وشيك الوقوع ، ويعتبر الخوف استجابة انفعالية وقتية إزاء خطر يقوم على أساس تقدير المرء لقوته تقديراً منخفضاً بالقياس إلى قوة الخطر الذى يهدده ، أما القلق على العكس من ذلك فهو عام ودائم ويتسم القلق بشعور ليس ذى هدف أو موضوع نوعى بعينه وإنما يعكس ضعفاً عاماً وشعوراً بعدم الكفاءة والعجز . وأكدت ممدوحة سلامة (١٩٨٧ ، ٥٤) على ذلك المعنى ، فالخوف فى رأيها هو حالة من التوجس تتبلور حول خطر محدد يمكن التحقق منه فى عالم الواقع بحيث يمكن تقدير أهميته ومواجهته بشكل واقعى ، بينما يشير القلق إلى حالة من التوجس والتوتر غير المحدد تبالغ فى حجم وأهمية خطر ما بل وقد ينشأ عنها توهم هذا الخطر .

فالخوف انفعال دافع يتضمن حالة من حالات التوتر التى تدفع الشخص الخائف

إلى الهرب من الموقف الذى أدى إلى استثارة خوفه حتى يزول التوتر أما القلق فهو حالة تماثل الخوف تماما وهى مثله لها نتائج واقعية ، فالقلق قبل كل شئ هو حالة خوف واضطراب ، بل هو نوع خاص من الخوف ، فإذا كان الخوف العادى ينصب على موضوع أو شئ واقعى دائما . فإن القلق خوف غامض لامحل له يجعل الفرد متشائما يتوقع الشر دون سبب محدد ، فهى مخاوف غير منطقية (يوسف عبدالفتاح : ١٩٩٢ ، ٦٢) ، فشعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة ناحيته فى وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لايستريح لصحبتهم ، كذلك من الناحية الفسيولوجية ، فالخوف الشديديصاحبه نقص فى ضغط الدم ، وضربات القلب وارتخاء فى العضلات ، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة فى ضغط الدم وضربات القلب ، وتوتر فى العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة فى الحركة . (أحمد عكاشة ، ١٩٨٠ : ٣٨)

جـ - أعراض القلق :

يعانى الشخص القلق من مجموعة من الأعراض الفسيولوجية والسيكوباثولوجية ، ومن بين الأعراض الجسمية التى يصاب بها الشخص القلق ما يلى :

١- اضطراب نشاط القناة الهضمية .
٢- زيادة سرعة ضربات القلب وضغ الدم بعنف .
٣- قلة إفراز اللعاب .
٤- قلة الدم المندفع من الجلد مما يسبب الشحوب .
٥- زيادة احتمال تجلط الدم .
٦- اتساع حدقة العين .
٧- زيادة نشاط الغـدة الإدرينالية .
٨- زيادة نشاط الغدد العرقية .

(Morse, D. et al., 1982 : 36 - 43)

ويضيف عطوف ياسين (١٩٨١ ، ٢١٨) عدداً آخر من الاضطرابات الفسيولوجية والتى من بينها برودة الأطراف وارتجافها وخصوصا الأيدى ، اضطرابات النوم ، اضطرابات التنفس ، فقدان الشهية ، والصداع والشعور بالدوار والدوخة ، كما يشيع أيضا آلام الرقبة والظهر ، وحدوث الرعشة والألم عند القيام بأى حركة ، وربما يظهر عدم الاستقرار والرعونة فى الاتيان بالحركة الدقيقة ، وحدوث رجفة للصوت . (أحمد عبدالخالق ، ١٩٨٦ : ١٢٧) يضاف إلى ذلك حدوث اضطراب فى الوظائف الجنسية عند الرجل والذى يظهر فى تأخر القذف أو العجز عن البقاء منتصباً لبعض الوقت ، أو عدم القدرة على الإنتصاب نهائيا ، بينما يظهر عند الأنثى فى صورة إعراض عن الفعل الجنسى وتقلص المهبل (كوفيل وآخرون ، ١٩٨٦ : ١٤٦)

أما الاضطرابات السيكوباثولوجية فتظهر فى الشعور بالخوف الشديد ، وتوقع الأذى والمصائب ، وعدم القدرة على تركيز الانتباه ، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز ، وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة فى الهروب من الواقع عند مواجهة أى موقف من مواقف الحياة (عطوف ياسين ، ١٩٨١ : ٢١٨)

وقد حدد عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص (١٩٨٤ : ١٧ - ٢٣) الأعراض التى تشيع بين الأشخاص القلقين من ذوى الإعاقة البصرية فيما يلى :

١- الأعراض الفسيولوجية : ومنها اضطرابات المعدة ، وخفقان القلب ، وارتعاش الأيدى ، وصعوبة النوم ، وآلام الرقبة ، وغيرها من الاضطرابات الفسيولوجية .
٢- المظاهر الانفعالية : والتى يعبر عنها بعدم الثقة بالنفس والشعور بالدونية وتأنيب الضمير ، والشعور بانعدام قيمة الذات ، وعدم القدرة على التوافق الشخصى .
٣- المظاهر الاجتماعية : والتى يعبر عنها بعدم القدرة على التوافق الاجتماعى ، والحساسية الاجتماعية ، وعدم الشعور بالانتماء للجماعة ومحاولة تجنب المواقف الاجتماعية ، وغيرها من المواقف التى تشير إلى شعور الفرد بالعزلة الاجتماعية .
٤- اضطراب عمليات التفكير والذاكرة ، وصعوبة تركيز الانتباه .
٥- الشعور بعدم الأمن من حيال المستقبل المهنى والأسرى .
٦- صعوبة مواجهة أداء متطلبات الحياة اليومية .

د- النظريات المفسرة للقلق :

١- نظرية التحليل النفسي :

كان فرويد أكثر علماء النفس استخداماً لمصطلح "القلق" ، إذ يرجع شيوع هذا المصطلح في جزء كبير منه إلى فرويد . وينظر فرويد إلى القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية ويكدر صفوها ، فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع الهي تقترب من منطقة الشعور والوعي وتوشك أن تنجح في اختراق الدفاعات التي عملت الأنا بالتعاون مع الأنا الأعلى على كبتها ، وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى المكدرة ممثلة في الأنا والأنا الأعلى لتحشد مزيداً من القوى الدفاعية لتحول دون المكبوتات والنجاح في الإفلات من أسر اللاشعور، وإذا نجحت المكبوتات في اختراق الدفاعات ، فإنها أما تعبر عن نفسها في سلوك لاسوى أو عصابي أو تنهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهيأ للقلق المزمن المرهق وهو في صورة العصاب (علاء كفافى ، ١٩٩٠ : ٣٤٥)

وقد عرض سيجموند فرويد (١٩٨٣ : ١٩ - ٢٦) نظريتين في القلق تعكسان ما مر به من تطور فكرى في نظرته الشمولية للقلق ، ففي النظرية الأولى انتهى إلى أن القلق ينشأ من كبت الرغبة الجنسية أو إحباطها ومنعها من الاشباع وحينما تمنع الرغبة الجنسية من الاشباع تتحول الطاقة الجنسية إلى قلق ثم عدل فرويد من رأيه السابق الذى كان يذهب إلى أن القلق العصابي ينشأ من تحول الليبدو ، وقال بأن القلق العصابى ما هو " إلا رد فعل لخطر غريزى داخلى ، وما قد تؤدى إليه الرغبة الغريزية من أخطار خارجية ".

ولقد أشار كالفن هول (١٩٨٨ : ٧١) إلى أن وظيفة القلق كما أوضحها "فرويد" هى أنه يعمل بمثابة إشارة خطر للأنا ، حتى إذا ظهرت هذه الإشارة في الشعور اتخذ الأنا الاحتياطات لمواجهة الخطر ، وعلى الرغم من أن القلق شئ مؤلم نتمنى زواله ، إلا أنه يؤدى وظيفة ضرورية بأنه ينبه الشخص إلى وجود أخطار داخلية أو خارجية ، فإذا تنبه الشخص استطاع أن يعمل شيئا ليدفع الخطر أو يتجنبه ، ومن ناحية أخرى ، إذا لم يكن من الممكن رد الخطر فإن القلق يتراكم حتى يدهم الشخص ويسقط في يده ، وعندما يحدث هذا يقال "إن الشخص قد أصابه انهيار عصبي" .

وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق : " القلق الموضوعى "Objective Anxiety ، و"القلق العصابى" Neurotic Anxiety وأشار إلى أن النوع الأول من القلق : هو رد فعل مقبول لخطر موضوعى خارجى ، هدفه حماية الإنسان وينشأ عن غريزة حفظ الذات ، ففيه يتحفز الجسم ، ويأخذ استعداده لمواجهة الخطر إما بالهروب أو باقتحام مصدر الخطر أو بالخضوع والاستسلام . أما النوع الثانى : وهو القلق العصابى ، فهو خوف غامض غير مفهوم لايستطيع الشخص الذى يشعر به أن يعرف سببه ، ويأخذ هذا القلق بتربص الفرص لكى يتعلق بأية فكرة أو أى شئ خارجى ، وهذا يعنى أن القلق العصابى يميل إلى الإسقاط على أشياء خارجية (سيجموند فرويد ، ١٩٨٣ : ٢٥)

ولقد أوضح "فرويد" أن القلق عادة ما يكون بداية للأمراض العصابية والذهانية، فالفرد عندما يشعر بالقلق يواجه موقفا يود التخلص منه بسرعة فهو يعيش التوتر الذى لايستطيع تحمله لفترة طويلة ومن هنا فإنه يلجأ إلى كبت الصراع ثم ينكص (يرتد) إلى مرحلة من داخل طفولته حيث يستخدم الحيل الدفاعية المميزة لهذه المرحلة ومن ثم يتولد لديه الأعراض العصابية أو الذهانية تبعاً للمرحلة التى إرتد إليها (عزيز حنا وآخرون ، ١٩٩١ : ٢٨٤)

ولقد أشار سيجموند فرويد (١٩٨٣ : ٣٥) إلى أن أوتورانك Otto Rank اهتم بصدمة الميلاد Birth Trauma ، وذهب إلى أن الطفل قبل ولادته كان ينعم باللذة والسعادة فى جنة الرحم ، وميلاده عبارة عن طرده من هذه الجنة ، فيشعر بصدمة شديدة مؤلمة ، ينتج عنها شعوره بالقلق الأول ، ثم تأتى خبرات الانفصال ، حيث إن الإنسان يتعرض لخبرات انفصال كثيرة طول حياته تسبب له صدمات ، ينتج عنها شعوره بالقلق ، وأول صدمة انفصال له حادثة الولادة ثم تليها صدمات انفصال أخرى مثل : الفطام والتهديد بقطع القضيب ، وفى الذهاب إلى المدرسة ، وفى الزواج ، ثم الانفصال الأخير بالموت .

أما مدرسة الفرويديين الجدد ومن روادها (هورنى وأدلر وسوليفان ...) ، فقد اهتموا بدراسة علاقة الفرد بالمجتمع ، معتبرين أن أى تهديد لهذه العلاقة يثير القلق .

ويشير (عزيز حنا وآخرون ، ١٩٩١ : ٢٨٥) إلى أن أدلر .Adler, A قد ذكر أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض العقلية والنفسية ينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية (النقص) ومحاولة الحصول على شعور بالتفوق فالنضال من أجل التفوق وتجنب الشعور بالنقص هو المسئول عن القلق ، والإنسان عندما يشعر بالنقص فإن هذا يدفعه إلى الانطواء والبعد عن الناس وهنا يصبح كائنا غير اجتماعي ومن ثم يكون عرضه للقلق ، حيث ينزع إلى محاولة التفوق للإفلات من شعوره بالنقص وهكذا يدخل دائرة القلق الدائم .

ولقد ربط أدلر .Adler, A بين ما أسماه "بالقصور العضوى" و"التعويض النفسى الزائد" ففى رأيه أن أصابة أحد الأعضاء بالقصور ، تلزم المسالك العصبية التى تتصل به كما تلزم الكيان النفسى ببذل جهد كبير من طبيعته أن يؤدى إلى تعويض تقوم به النفس فى الحالات التى يكون فيها التعويض ممكنا ، وهى تلك الحالات التى تجد فيها الروابط التى تصل العضو القاصر بالعالم الخارجى تأييداً قويامن وظائف النفس العليا ، فإذا كان عضو الابصار مثلا مصابا بقصور أصلى ، قابلته بصيرة نفسية قوية ، ومن هنا تنشأ العلاقة بين القصور العضوي والعصاب .

أما كارن هورنى.Karin, H فتُسمى القلق الذى يسبب العصاب "بالقلق الأساسى" ، وترى أن هناك ثلاثة خطوط رئيسية يمكن للفرد التحرك وفقا لها :

- **التحرك نحو الناس :** وهنا نجد الفرد يتقبل عجزه ويحاول أن يكسب حب الناس وأن يعتمد عليهم وبهذه الطريقة فقط يشعر بالأمن ، فعن طريق تقربه وإذعانه منهم يحصل على الشعور بالتبعية والانتماء والمعونة مما يقابل شعوره بالضعف والعزلة والوحشة .

- **التحرك ضد الناس :** وهنا نجد الفرد يهب نفسه لمحاربة من يحيطون به ، ويقرر أن يقاتل سواء أكان ذلك بشكل شعورى أو لاشعورى ، وهو لايثق بنوايا ومشاعر الآخرين نحوه ويحاول أن يكون الأقوى ويتغلب على الجميع لكى يحمى نفسه من جهة ، وينتقم لها من جهة أخرى .

- **التحرك بعيدا عن الناس :** ونجد الفرد لايريد أن ينتمى للآخرين ولا أن يحاربهم ويعاديهم ، بل يهمه أن يكون بعيدا عنهم لأنهم لا يفهمونه ، ويبنى لنفسه عالما خاصا به عن طريق أحلام اليقظة أو الانهماك فى القراءة والاستمتاع

بالموسيقى ... أو نحو ذلك .

ويذكر محمد السيد (١٩٩٨ : ٢٣٩) أن سوليفان .Sullivan, M يرى أن منابع القلق تعود إلى طبيعة علاقة الأطفال بأمهاتهم ، والتى تمثل غاية الاهتمام الشخصى (وظيفة الأبوة والأمومة) كما أن أهم العوامل التى تثبت القلق تتمثل فى العلاقات بين الأشخاص ، إن توتر القلق يمكن أن يزيد قلق الطفل إذا شاب العلاقة بين الطفل وأمه شائبة ، وهذا القلق يختلف عن توتر الخوف الذى يحدث عندما يكون هناك تأخير واضح فى إشباع الحاجات العامة .

٢- النظرية السلوكية :

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التى يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابى والتدعيم السلبى ، وهى وجهة نظر مخالفة تماماً لوجهة نظر التحليل النفسى ، فالسلوكيون لايؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولايتصورن الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة فى الشخصية على صورة منظمات الهى (الغرائز) والأنا (الذات الواعية) والأنا الأعلى (الضمير) كما يفعل التحليليون بل إنهم ، يفسرون القلق فى ضوء الاشتراط الكلاسيكى ، وهو ارتباط منبه جديد بالمنبه الأصلى ويصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمنبه الأصلى . (علاء الدين كفافى ، ١٩٩٠ : ٣٤٩)

فأصحاب نظرية التعلم يذهبون إلى أن غالبية الدوافع البشرية تقوم على حوافز ثانوية (متعلمة) فعن طريق عمليات التشريط الكلاسيكية والوسيلية فإن الخبرات الباكرة المتعلقة بمصادر الحفز الأولية تتمخض عن استحداث مصادر حفز ثانوية هذه التى يمكن عن طريق التشريط من الدرجة الأعلى أن تصبح بعيدة تماماً عن الدوافع الأولية . (دافيد مارتن ، ١٩٧٣ : ١٤ - ١٥)

ولعل أول المساهمات الأساسية فى معرفتنا بالقلق ، كانت بناءً على نموذج التعلم الذى وضعه بافلوف ، وسكينر ، وواطسون فى الجزء الأول من هذا القرن ، ومن أعمالهم المشهورة ظهور مفهوم (المنبه - الاستجابة) ووفقا لهذا ، فإن منبهات معينة عندما ترتبط بالخوف يمكن أن تحدث استجابة القلق .

فلقد أظهر "بافلوف" أثناء عمله فى فسيولوجيا الأعصاب أن الاستجابة الغريزية الواحدة تثيرها حوافز عديدة ، ولاتقتصر استثارتها على الحافز الطبيعى المرتبط به أصلا ، فاستجابة الكلب بإفراز اللعاب فعل منعكس تحدث عند رؤية الطعام (المثير الطبيعى) ، ويمكن أن تحدث إذا اقترن تقدم الطعام بصوت جرس ، ويصبح الجرس مثيراً شرطيا ، فاستجابة إفـراز اللعاب تتبع صوت الجرس ، وذكر أن الاستجابة الواحدة يمكن إخضاعها لعدد كبير من المثيرات ، وفقا لقانون معـين ، هو تقديم مثير شرطى قبل المثير الطبيعى مباشرة ، لعدد من المرات حتى تتكون العادة الجديدة (سهام أبو عيطة ، ١٩٨٨ : ١٠١ - ١٠٢) كذلك الحال فى تجارب "فولبه" عندما تعطى القطط الصدمات الكهربائية فى مكان ما ، تدريجياً تصبح البيئة التجريبية نفسها مثيراً للقلق المكثف ، أيضا حين يتفق وقوع أمر ما عندما يخبر الفرد نوبة من نوبات القلق ، فإذا بهذا الأمر يكتسب القـدرة على إحداث استجابة القلق حتى وإن لم تكن هناك نوبة من نوبات القلق ، فالإنسان الذى كان راكبا لمترو الانفاق حين حدثت له نوبة القلق سوف يشعر باستجابة بدنية عندما يجد نفسه مرة ثانية فى نفق لا ارتباط بينه وبين النفق الأول على الإطلاق (دافيد شيهان ، ١٩٨٨ : ١١٠ - ١١١)

فالقلق يثار أحيانا بمنبهات محايدة ، فبعض الناس يخافون عندما يكونون فى مستوى مرتفع عن الأرض . وتتوتر عضلاتهم ويكونون غير قادرين على التحرك بل ونجدهم أحيانا يصرخوا ذعراً . ويمكن أن يحدث هذا حتى فى الغرفات المغلقة بشكل آمن إذا كانوا فى الطوابق العليا من مبنى مرتفع . وفى مثل هذه الحالة يرتبط المنبه الشرطى (الارتفاع) بالمنبه غير الشرطى (القلق) وبذلك فإن الارتفاع وحده يحدث كل الاستجابات التى لا يحدثها عادة إلا القلق

(Schaefer, H. & Martin, P. , 1975 : 55)

ومن هنا نجد فولبه Wolpe, J. (١٩٥٨ : ٣٤) يعرف القلق بأنه : "الاستجابة المستقلة أو الأنماط أو النماذج التى تتميز بكونها جزءاً من استجابة الكائن الحى للمحفزات الضارة (الهدامة) والتى تسبب الاضطراب العصبى ، والذى يحدث عبر القنوات العصبية للكائن الحى " .

ولعل افتراض دولارد وميللر أن القلق يطور خصائص ووظائف "الدافع" كقوة محفزة للحصول على الارتياح أو الأمان بطريقة تشبه الدوافع الأولية مثل الجوع أو تجنب الألم " فعلى سبيل المثال فإن سلوك تجنب الطفل للكلب الذى عضه من قبل " سيتدعم من خلال الفائدة من انخفاض القلق ، ولكن القلق كدافع ثانوى لأنه - بخلاف الدافع الأولى - ليس نظرياً ، بل أنه قد تعلمه واكتسابه نتيجة لخبرات الفرد ، يمكن أن تجعل الدوافع الثانوية معممة وتمتد إلى أى مدى واسع عن المواقف أو الأشياء المرتبطة بطريقة ما بمنبه للخوف الأصلى .(Keable, D., 1997 : 32)

وإذا اتبعنا طريقة دولارد وميللر فى التفكير ، يكون من السهل أن نرى كيف يمكن أن يتطور انفعال القلق المفرط ، فأولاً : إذا شعر الفرد بالراحة فى كل مرة يتجنب فيها المواقف التى تسبب له القلق - عضة الكلب الشرس مثلا - فإن سلوك التجنب المصاحب قد يخرج عن السيطرة . وثانيا : فإن خوف الطفل الذى عضه كلب شرس قد يمتد ليشمل كل الكلاب بل وحتى الأشخاص الذين يتكلمون بصوت مرتفع أو طريقة فيها حدة وغلظة ... وهكذا .

ويشير فولبه Wolpe, J. إلى أن هناك عدة مصادر لإثارة القلق منها :

١- استجابات القلق العصابى : والتى تثار من مواقف مختلفة ، فقد تكون عواصف رعدية ، أو الأماكن المغلقة أو الزحام أو عندما يتم رفض شخص ما أو الخوف من السلطة وحدوث هذه المواقف لايثير وحدة القلق وإنما يكفى تحفيزها وإثارتها من خلال التفكير فيها .

٢- استجابات القلق العام : التى يمكن إثارتها من خلال مفاهيم عامة تعم البيئة وهى غير محددة وتعطى انطباعاً بأنها (تطفو حرة) ، وهذا يطلق عليه القلق العام (المعمم) .

٣- القلق غير المرتبط بأفكار وسيطة : فهناك أشخاص يعانون من القلق كاستجابة مباشرة للإحساس بدون فكرة وسيطة ، مثال ذلك (رجل قام بأكل وجبة تتضمن كمية كبيرة من البصل النيئ غير المطبوخ فى مناسبة كان لديه وقتها اضطراب عاطفى حاد ، فأصبح عندما يأكل البصل يشعر بانتفاخ شديد وآلام فى معدته) .

٤- **القلق المرتبط بأمراض قاتلة (مميتة) :** فهناك من تثار استجابة القلق لديه من فكرة إصابته بالأمراض القاتلة (التى تسبب فى موت صاحبها)
(Wolpe, J., 1958 : 34 - 35)

٣- نظرية القلق الدافع :

لقد ربط أصحاب نظرية القلق الدافع أمثال (تايلور ، تشايلد ، ماندلر ، سارسون) بين خاصية الدافع - الذى يدفع الفرد للتعلم والعمل - وبين القلق ، وافترضوا أن الفرد عندما يقوم بعمل ما يشعر بالقلق الذى يحفزه إلى إنجاز هذا العمل حتى يخفف هذا الشعور ،وأشاروا إلى أن وجود القلق دليل على وجود الدافع لأداء العمل أو التعلم ، وذهبوا إلى أنه كلما زاد القلق زاد الدافع وبالتالى تحسن الأداء .

فلقد أوضح الباحثون منذ زمن طويل طبيعة العلاقة المنحنية بين القلق والأداء حيث أن إثارة القلق عندما تكون منخفضة أو غائبة فإن أداء الفرد يكون ضعيفاً أو غير كاف كذلك فإن الإثارة عندما تكون قوية جداً فإن الأداء يتدهور ، وهو أمر يسهل ملاحظته فى الحياة اليومية ، فالطالب الذى لايبال ولايهتم بالإمتحانات أى تنعدم لديه القلق إزاء الامتحان قد لايبذل جهداً للتحصيل والاستيعاب وبالتالى يكون عرضه للفشل ، كذلك فإن الطالب الذى يقلق بدرجة عالية إلى حد الفزع من الامتحان ويشتد خوفه منه بسوء تحصيله وينسى الكثير مما استوعبه ويتدنى مستوى إجابته فى الامتحان ويكون عرضه للفشل أيضا . (علاء الدين الكفافى ، ١٩٩٠ : ٣٥١)

ويشير كمال مرسى (١٩٧٨ : ٣٤) إلى أن ماندلر وساراسون Mandler & Sarason قد وضعا نظرية "القلق فى المواقف الاختبارية" والتى تأثرا فيها بنظرية القلق عند علماء التحليل النفسى ، وافترضا أن القلق ينشأ فى الطفولة من خلال مواقف التربية والتى يشعر فيها الطفل بالتقويم من والديه ، ومن مدرسيه وغيرهم من الراشدين المهمين فى حياته ، وذهبا إلى أن الطفل يوضع باستمرار فى مواقف اختبارية يقوم فيها أداءه "حسن أم سئ" ، "مقبول أم غير مقبول" ، من أشخاص يهمه رضاهم عنه وعن أدائه ، لذا يثير فيه هذا التقويم العداوة تجاه والديه ومدرسيه ، ولايستطيع التعبير عنها ، لحاجته إلى مساعدتهم وحمايتهم ، فيكبتها ويظهر بدلاً منها الشعور بالذنب والقلق .

وقد افترض أيضا ماندلر وسارسون Mandler & Sarason فيما يشير ليفتت Levitte (١٩٨٠ ، ٩٢) أن الإنسان عندما يكون فى موقف تعليمى ما فإنه يواجه بنوعين من الدوافع ، أولهما دوافع إثارة القلق والتى تعوق أداءه ويحدث ذلك عندما يشعر بعدم الكفاءة أو الخوف من الفشل أو الرغبة فى الهروب من الموقف ، أما النوع الثانى فهى دوافع انجاز العمل تلك التى تعمل على زيادة الأداء وتسهيل مهمته فى إنجاز العمل الموكل إليه بنجاح .

ولقد ميزت كابل .Keable, D (١٩٩٧ : ٣٣) بين دافعين هما " الأمل فى النجاح" و"الخوف من الفشل" ، وقد افترضت أن الأفراد الذين لديهم دافع الخوف من الفشل غالبا ما يؤدون المهمات الصعبة بشكل أفضل من الذين لديهم دافع الأمل فى النجاح بل أن الذين لديهم دافع الخوف من الفشل يختارون باستمرار أهدافا أكثر خطورة منهم ، وتقرر أنه عندما تحدث عيوب فى الأداء فإن ذلك يرجع إلى القلق بشأن خشية الفشل وليس بسبب صعوبة المهمة ذاتها .

وأخيراً ، وعلى الرغم من انتشار نظرية "القلق الدافع" إلا أنها لم تجد التأييد التجريبى فقد أشارت معظم الدراسات إلى وجود ارتباط سالب بين القلق والتحصيل الدراسى ، والتذكر وأداء العمليات الحسابية ، وتعلم السير فى المتاهات ومهما قيل فى تفسير العلاقة بين القلق والدافع فإننا نعتقد أن القلق ليس دافعاً ، ولايدل على وجود الدافع للتعلم ، أو للعمل المبدع ، لأنه عامل تصدع وتفكك فى شخصية الإنسان يفسد دوافعه ويشتت طاقاته النفسية والجسمية . (كمال مرسى ، ١٩٧٨ : ٣٧)

٤- النظرية المعرفية :

لقد ذهب أصحاب المدرسة المعرفية أمثال (إليس ، بيك ، وكيللى ، وريمى ، وميتشنبوم) إلى أن معتقدات الفرد وأفكاره الخاطئة تلعب دوراً حيوياً فى توليد القلق لديه .

ولذلك فقد لاحظ بيك .Beck, A (١٩٧٦ : ١٥١ - ١٥٢) أن اضطراب التفكير يقع فى لب العصاب ، والتداخل مع التفكير الواقعى ملحوظ حتى بالنسبة لمريض القلق ، وأن هناك ثلاث ظواهر تنتاب مريض القلق وهى :

١- **عدم القدرة على مناقشة الأفكار المخيفة :** فقد يشك المريض أن أفكاره المثيرة للقلق غير منطقية ولكن قدرته على التقييم وإعادة التقدير بموضوعية تكون ضعيفة ، وبالرغم من أنه قد يكون قادراً على مناقشة مدى منطقية أفكاره المثيرة للقلق إلا أنه يعتقد فى جدواها وصلاحيتها .

٢- **تكرار الأفكار بشأن الخطر :** فمريض القلق لديه إدراكات متواصلة لفظية أو صورية بشأن حدوث أحداث مؤذية .

٣- **تعميم المثير :** فقد يزيد مدى المثيرات المحدثة للقلق ، حيث يدرك أى صوت أو حركة أو تغيير بيئى على أنه خطر فمثلاً المرأة المصابة بنوبة حادة من القلق قد يكون لديها هذه التجربة : "سمعت سارينة سيارة اطفاء " وفكرت .. ربما يكون منزلى قد شب فيه حريق ، وفى نفس الوقت تتخيل أسرتها محبوسة فى البيت ومحاطين بالنار ، وهنا ينتابها القلق الشديد .

فالقلق كما أوضح عبدالستار ابراهيم (١٩٩٤ ، ٢٨٨ - ٢٨٩) يرتبط بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفى منها :

١- التطرف فى الأحكام ، فالأشياء أما بيضاء أو سوداء ، أى أن الشخص القلق يفسر المواقف باتجاه واحد .. وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق ، لأنه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تنشله من أسر الاستجابات العصابية .

٢- كذلك يميلون إلى التصلب أى مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير .

٣- وهم يتبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لايقوم عليها دليل منطقى كالتسلطية ، والجمود العقائدى ، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل ، واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات .

٤- وهم يميلون للاعتماد على الأقوياء ، ونماذج السلطة ، وأحكام التقاليد ، مما يحولهم إلى أشخاص عاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك .

ويفرق إليس .Ellis, A (١٩٧٩ : ٣) فى سياق النظرية المعرفية بين شكلين من أشكال القلق :

أولهما : قلق عدم الارتياح : ويعرفه بأنه ضغط انفعالى ينتج عندما يشعر الناس :

١- أن راحتهم أو حياتهم مهددة .

٢- أنهم لابد وأن يحصلوا على ما يريدون .

٣- أنه لفظيع ومأساوى عندما لايحصلون على ما يفترض أن يحصلوا عليه .

ثانيهما : قلق الأنا : ويعرفه على أنه ضغط انفعالى ينتج عندما يشعر الناس :

١- بأن قيمتهم الذاتية والشخصية مهددة .

٢- أنهم يجب أن يقوموا بالأداء الجيد وأن يستحسنهم كل من حولهم .

٣- أنه لفظيع ومأساوى عندما لايقومون بالأداء الجيد أو ألا يستحسنهم الجميع كما كانوا يتوقعون .

ويشير إليس .Ellis, A (١٩٨٠أ : ٢٦) إلى أن الفرد قد يعانى من النوعين (قلق عدم الارتياح وقلق الأنا) عندما يكونا قد بدءا من فكرة واحدة ، فمثلا الفرد الذى يقول لنفسه : " يجب أن احصل على نتائج جيدة فيما أقوم به " هذه الفكرة يمكن أن تؤدى إلى استنتاجين مختلفين :

الأول : عندما أقوم بعمل أشياء خاطئة وتكون لدى مشاعر خاطئة لاأستطيع تحمل الازعاج الذى أتسبب فيه ، وتحت هذه الظروف يصبح العالم بالنسبة لى مكانا يصعب أن أعيش فيه بسعادة ومن الممكن أن أموت ، وهذا هو "قلق عدم الارتياح" .

الثانى : عندما أقوم بعمل أشياء خاطئة وتكون لدى مشاعر خاطئة ، لا أعلم كيف تصرفت بهذا الحمق وتحت هذه الظروف لا أمل فى أن أكون شخص كفئا وسأفشل دائما فى الحصول على ما أريد وأنا لا أستحق الاستمرار فى الحياة والعيش ، وهذا هو "قلق الأنا" .

ويعتبر قلق عدم الارتياح عادة أقل مأساوية من قلق الأنا وإن كان أكثر شيوعاً،

ولكنه يميل إلى أن يكون محدداً لبعض المراقف المزعجة أو الخطيرة ، ويظهر فى شكل الخوف من الأماكن المرتفعة أو الأماكن المفتوحة أو المصاعد والقطارات ، أما قلق الأنا يعتبر أكثر مأساوية وعادة ما يكون مصحوبا بمشاعر إحباط شديدة أو الشعور بالذنب وعدم الكفاءة وأحيانا ما يؤدى بالفرد إلى الانتحار . (Ellis, A, 1979 : 3)

وقد يأخذ قلق عدم الارتياح شكل آخر ، فإذا كان القلق من المصاعد والمرتفعات وغيرها يعتبر قلق عدم ارتياح أولى ، فمن الممكن أن يأخذ شكلا ثانويا وفيه يشعر الفرد بالقلق من القلق ، بمعنى : أن هناك أشخاصا قبل دخولهم فى موقف القلق يصابون بالذعر من خشية أن تنتابهم نوبة القلق ، فإذاكان هناك شخص ما يعانى من قلق الأماكن المفتوحة (الخلاء) قبل أن يتواجد فى مكان فسيح تجده يقول لنفسه : "يجب ألا أشعر بهذا النوع من ردود الفعل المؤلمة جدا ! أنه أمر بشع أن أشعر بهذا القلق غير المريح ! أننى لاأستطيع تحمل هذا القدر من الضيق ! " فهو هنا يقلق بسبب دخوله فى خبرة القلق .(Ellis, A, 1978 : 163)

ولقد أكدت العديد من الدراسات أن هناك علاقة وثيقة بين المعتقدات غير العقلانية والقلق ومنها دراسة زويمر وديفنباخر .Zwemer, W. & Deffenbacher, J (١٩٨٤ : ٣٩١ – ٣٩٣) التى أكدت نتائجها على وجود علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والقلق فيما عدا المعتقدين الخاصين (بلوم الآخرين والاعتمادية الزائدة) ، وهذا ماأكده عماد محمد أحمد (١٩٩٠) من وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق ، وكانت الأفكار الأكثر انتشاراً بين الأناث هى (الانزعاج لمشكلات الآخرين – الاعتمادية – تجنب المشكلات) بينما كانت عند الذكور (لوم الآخرين – عدم التسامح تجاه الإحباطات) .

وتؤكد أيضا نتائج الدراسة التى قام بها محمد السيد ومعتز عبدالله (١٩٩٤) أن هناك علاقة أكيدة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق بوجه عام (حالة وسمة القلق) وخاصة تلك المعتقدات التى ترتبط بالاهتمام الزائد وتعظيم الأمور ، والتأكيد على الكمال ، وتجنب الصعوبات ، أى أن القلق ينشأ من بعض الأفكار اللاعقلانية غير الصحيحة وأحيانا المستحيلة .

ويشير عماد محمد أحمد (١٩٩٠ : ٥١) إلى أن كلارك وآخرين Clark, et al., قد أوضحوا أن مثل هذه الأفكار التى تتسم بالتوقع المستمر للشر والخطر والتى تميز محتوى التكوين المعرفى للشخص الذى يعانى القلق ، تعمل كصيغة سلبية أو بؤرة تحرف وتشوه كل ما يرد للفرد فى إتجاه التوقع المستمر للخطر مما يجعله فى حالة توجس مستمر ، ويجعله يبالغ فى تقدير الأخطار وفى نفس الوقت يقلل من قدرته على مواجهة الأخطار مما يجعله فى حالة قلق مستمر .

وهكذا يتضح أن القلق وفقاً للنظرية المعرفية إنما يتولد نتيجة لتبنى الفرد لبعض الأفكار اللاعقلانية ، ولأهداف غير دافعية ، ليس هذا فحسب بل أن الفرد يعيد غرس هذه اللاعقلانيات فى نفسه من خلال حواره الداخلى فيما يتولد داخليا من أفكار فى وجدان الفرد حول موضوع ما .

٥- النظرية الفسيولوجية :

لقد أوضحت الدراسات أن هناك ثلاثة مواقع أساسية فى المخ هى المسئولة عن تنظيم القلق عند الإنسان ، وهى المنطقة قبل الجبهية (الأمامية) ، والغدة اللوزية ، وأخيراً منطقة ماتحت المهاد Hypothalamus فى منطقة تحت القشرة المخية (Kalin, N. 1993, 94) فعند تعرض الإنسان لانفعال ما ، يبدأ المخ فى التعامل مع هذا الانفعال بواسطة القشرة قبل الجبهية (الأمامية) والتى تقوم بالتقييم المعرفى لهذا الضغط ، ثم ينتقل العمل إلى الغدة اللوزية التى تعمل على توليد استجابة الخوف ، بعد ذلك يحدث تنبيه لغدة ما تحت المهاد أو الهيبوثالامس والتى تعمل على تنظيم الانفعالات والوظائف الأساسية للأحشاء ، فهى المسئولة عن الاستجابات الانفعالية والسلوكية المتكاملة .

(Keable, D. & O'hanlon, P., 1997 : 15 - 17)

وأشار يوسف الحجاجى (١٩٨٦ : ٦٩ - ٧٠) للأسباب الفسيولوجية المولدة للقلق والتى عرضها سليفر ستون وتيرنر Silverston, T. & Turner, P. حينما أوضحا أنهما عندما قاما بتنشيط للمناطق الخلفية للهيبوثلاموس فى المعمل - مع

الحيوانات - قد أدى إلى سلوك يتسم بردود الأفعال المليئة بالذعر والفزع ، وأن تنشيط نفس المنطقة للكائنات البشرية أدى إلى مشاعر غير سارة ، فمن الواضح أن مراكز الهيبوثالامس تكون تحت سيطرة كل من الغدة اللوزية وحصان البحر Hippocampas ، فمن ناحية يزداد نشاط الغدة اللوزية ، ومن ناحية أخرى فإن منطقة حصان البحر تكف الاستجابات الهيبوثلاموسية إلى المنبهات المهددة .

ويستطرد أحمد عكاشة (١٩٨٠ : ٣٩ - ٤٠) فى التفسير الفسيولوجى للقلق، ويشير إلى أن أعراض القلق تنشأ من زيادة فى نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى بنوعية السيمبثاوى والباراسيمبثاوى ، ومن ثم تزيد نسبة الأردينالين والنورادرينالين فى الدم من تنبيه الجهاز السيمبثاوى فيرتفع ضغط الدم ، وتزيد ضربات القلب ، وتجحظ العينان ، ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته فى الدم وزيادة العرق ، وأهم مظاهر نشاط الجهاز الباراسيمبثاوى التبول والاسهال ، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم والمركز الأصلى لتنظيم الجهاز اللإرادى هو الهيبوثلاموس وهو مركز التعبير عن الانفعالات وعلى اتصال دائم بالمخ وهو المسئول عن الشعور الذاتى بالانفعال وعلى اتصال بقشرة المخ لتلقى التعليمات منها للتكيف مع المنبهات الخارجية ، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ والهيبوثلاموس ومن خلال هذه الدائرة العصبية يستطيع الفرد أن يعبر عن انفعالاته .

وهكذا يتبين من العرض السابق للنظريات المفسرة للقلق أن كلا منها يقوم بتفسير القلق وفقا للنهج الذى تعتنقه المدرسة التى تتبعها تلك النظريات ، فقد وجدنا أن نظرية التحليل النفسى تفسر القلق على أنه محور الصراع العصابى ، أما أصحاب النظرية السلوكية فقد فسروا القلق فى ضوء العلاقة بين المثير والاستجابة ، فهم يفسرونه فى ضوء الإشراط الكلاسيكى على أنه ارتباط مثير جديد بمثير أصلى فيصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلى فيحدث القلق - أما رواد النظرية المعرفية فقد فسروا القلق وفقا للاضطراب المعرفى الذى يحدث للفرد ، فاعتناق الفرد لبعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة تسبب له الاضطرابات الانفعالية والتى من بينها القلق ، أما رواد النظرية الفسيولوجية فأخذوا منحى آخر

لتفسير القلق فخرج تفسيرهم له وفقا للروابط العصبية ، بينما ركز أصحاب القلق الدافع على العلاقة بين أداء الفرد وشعوره بالقلق .

ولأننا سوف نستخدم كلا من العلاج المعرفى والسلوكى فى خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ، لذا سيتبنى الباحث وجهة النظر السلوكية والمعرفية فى تفسير القلق ففى ضوء الرؤية السلوكية للقلق .

وهكذا يمكن القول أن القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ينشأ لديهم نتيجة لعدد من التشريطات التى تحدث خلال أحداث الحياة اليومية نتيجة للمواقف المحبطة التى يجابهونها فى كل وقت ونتيجة للاقتران الذى يحدث تحت شروط التدعيم الايجابى والسلبى فيتكون ارتباط بين المثير الجديد والمثير الأصلى ، الذى يصبح - المثير الجديد- قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلى (القلق) ، فمثلاً " عند حضور ذى الإعاقة البصرية لحفلة ما فقد تحدث عدة مواقف تثير الضحك بين الناس ولكنه يعتقد أنهم يضحكون عليه ويسخرون منه فينتابه الشعور بالتوتر والقلق". فيصبح هناك اقتران بين هذا الحدث وحضوره لكل الحفلات التالية حيث أن مجرد فكرة الذهاب للحفل يجعله يعانى من بعض مظاهر القلق النفسية والفسيولوجية . وهكذا يدور فى دائرة مغلقة لكل موقف يتعرض له فى المنزل والشارع والمدرسة .. ويصبح بذلك عرضة لسلسلة من المواقف المقلقة .

أما إذا فسرنا القلق الذى ينتاب ذوى الإعاقة البصرية فى ضوء وجهة النظر المعرفية فنجد أن القلق الذى يعانيه البعض منهم يحدث نتيجة الأفكار اللاعقلانية التى يتمسكون بها ، والأحاديث الذاتية التى يرددونها لأنفسهم . ففى سياق المثال السابق - حضور الحفلات والمناسبات الاجتماعية - نجد أن ذلك الفرد تدور فى ذهنه بعض الأفكار التى تتعلق بسخرية الناس منه ، ونجده يقول لنفسه : "إنهم يضحكون علىّ لإعاقتى ، إنهم يسخرون منى ، يجب علىّ عدم حضور مثل هذه الحفلات مستقبلاً" . وهكذا نجده عندما يدعى لإحدى الحفلات تدور فى عقله تلك الأفكار وهذه الأحاديث اللاعقلانية وغير المنطقية فيشعر بالقلق ويحجم عن الذهاب خوفاً من إصابته بتلك المشاعر المؤلمة التى تصاحب القلق .

هـ- قلق الكفيف :

لقد أجريت دراسات عديدة تناولت القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ، ومن تلك الدراسات دراسة بيومان Bauman, M. (١٩٦٤) التى استهدفت الكشف عن الأنماط الإنفعالية السائدة لدى ذوى الإعاقة البصرية (كلي - جزئى) وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (١٥٠) مراهق من ذوى الإعاقة البصرية ، وتحقيقاً لهذا الهدف تم تطبيق قائمة العوامل الإنفعالية . وأسفرت النتائج عما يلى :

- وجود فروق دالة احصائياً فى مستوى القلق بين أفراد العينة وذلك وفقاً لنوع الإعاقة وشدتها .
- وجود فروق دالة احصائياً بين الطلاب الذين يقيمون إقامة داخلية بالمدرسة وأقرانهم الذين يقيمون مع أسرهم فى كل من الشعور بالقلق وعدم الأمن وسوء التوافق حيث كانت الفئة الثانية فى الوضع الأفضل .

واستهدفت دراسة هاردى Hardy, R. (١٩٦٧) التعرف على مستوى القلق الصريح لدى فئة من المراهقين ذوى الإعاقة البصرية المقيمين إقامة داخلية ، وتكونت عينة الدراسة من (١٢٢) كفيفاً من المقيمين إقامة داخلية وتراوحت أعمارهم ما بين (١٣ : ٢٢) سنة ممن لايعانون من أى إعاقة جسمية أو حسية أخرى . ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق مقياس القلق الصريح إعداد : تايلور ، بالإضافة إلى المقياس الذى أعده هاردى لقياس قلق المكفوفين مع الإستعانة بتقديرات المدرسين لدرجة القلق لدى الطلاب . وأشارت النتائج إلى :

- ارتفاع مستوى القلق لدى المكفوفين المقيمين إقامة داخلية .
- يوجد ارتباط دال احصائياً بين تقديرات المدرسين لسمة القلق ومقياس قلق المكفوفين .
- يوجد ارتباط دال احصائياً بين مقياس القلق الصريح ومقياس قلق المكفوفين

كما استهدفت دراسة سامية القطان (١٩٧٤) التعرف على مستوى القلق لدى المراهقات الكفيفات والمبصرات وكذا التعرف على أسباب الإختلاف فى مستويات القلق بين المجموعتين ، ودراسة الأسباب التى تكمن وراء ارتفاع أو انخفاض مستوى القلق لديهن من خلال الدراسة الإكلينيكية ، وأجريت الدراسة على عينة من الكفيفات

من مدرسة الأمل للكفيفات بالزيتون وعينة من المبصرات بمدرسة منيل الروضة وطنطا وشبين الكوم ، وتم اختيار هذه المدارس لأنها داخلية مما سمح بتثبيت عامل الإقامة ، وقد تراوحت أعمار المجموعتين ما بين ١٤ : ١٩ عاماً . وبعد تطبيق مقياس القلق الصريح إعداد : تايلور ومقياس كاتل للقلق ، واستمارة للمستوى الإجتماعى الاقتصادى ، واختبار وكسلر- بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين ، واستبيان نفسى اجتماعى إعداد : الباحث ، واختبار تفهم الموضوع ، فقد أسفرت النتائج عن :

- وجود فروق دالة احصائياً بين الكفيفات والمبصرات فى مستوى القلق حيث كانت المبصرات فى الوضع الأفضل (أقل قلقا) .
- كشفت الدراسة الإكلينيكية عن أن مستوى القلق لدى الكفيفات يرتبط بعدم التوافق الشخصى والإجتماعى لدى بعض الحالات .

أما دراسة حسن أحمد الجبالى (١٩٨٩) فقد استهدفت مقارنة لمستوى القلق عند الأطفال المكفوفين والمبصرين ، والكشف عن الآثار النفسية الناشئة عن تعلم الكفيف وسط المبصرين وذلك من خلال إجراء دراسة سيكومترية كلينيكية . تكونت عينة الدراسة من (١٢٠) تلميذاً وتلميذة من المكفوفين والمبصرين بمدرسة طه حسين للمكفوفين وحمامات القبة للمكفوفين ومدرسة مصر الجديدة للكفيفات ومدرسة النيل بشبرا وتراوحت أعمارهم ما بين ٩ ، ١٢ عاماً ، وقد استخدم الباحث مقياس القلق الصريح إعداد : تايلور ومقياس المستوى الإجتماعى والإقتصادى إعداد الباحث ومقياس مفهوم الذات إعداد : سميرة بشند واختبار التوافق النفسى إعداد : سميرة بشند واختبار تكملة الجمل الإسقاطى إعداد وترجمة : فتحى عبدالرحيم وعزة صالح . وقد أسفرت النتائج عما يلى :

- عدم وجود علاقة دالة احصائياً بين درجة الإبصار والقلق لدى المكفوفين والمبصرين .
- عدم وجود علاقة دالة احصائياً بين الجنس ومستوى القلق لدى المكفوفين والمبصرين
- عدم وجود علاقة دالة احصائياً بين مستوى التعليم ومستوى القلق .
- وجود علاقة دالة إحصائياً فى المستوى التعليمى بين تلاميذ الصف السادس وباقى الصفوف حيث كان أطفال الصف السادس أكثر قلقاً .

وقد أرجع الباحث نتيجة الفرض الأخير إلى أن الطفل فى الصف السادس أصبح على مشارف المراهقة وما تتصف به هذه الفترة من انفعالات عنيفة يشور فيها الفرد ونتيجة للتغيرات الناجمة التى تصحب البلوغ .

بينما استهدفت دراسة حمدى حسنين (١٩٨٩) التعرف على أثر العمى والمستوى التعليمى والعمر والسلوك الإبتكارى على بعض جوانب الشخصية لدى المعوقين بصرياً . وتكونت عينة الدراسة من (٢٣) طالبا كفيفاً و(٦٣) طالباً مبصراً فى مراحل التعليم المختلفة ، وتحقيقاً لهدف الدراسة تم تطبيق مقياس قلق الكفيف إعداد : عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص ومقياس إيزنك للشخصية ومقياس ويلوبى للميول العصابية ومقياس القلق (حالة - سمة) إعداد : عبدالرقيب البحيرى . وقد أسفرت النتائج عما يلى :

- وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعات المكفوفين فى المراحل التعليمية المختلفة فى جوانب الشخصية ، حيث اتضح أن المكفوفين فى المرحلة الإبتدائية أكثر تعرضا للقلق والإضطرابات النفسية ، كما أن نمو الأنا لديهم ضعيف وأنهم أكثر حساسية انفعالية .
- كما اتضح أيضاً أن المبصرين كانوا أقل قلقاً وتعرضاً للإجهاد والإضطرابات النفسية ، كما كانت مشاعر الذنب وعقدة النقص ومشاعر الدونية لديهم أقل وهذا بدوره يقلل لديهم الخوف من المجهول والحساسية الإنفعالية التى يعانى منها ذوى الإعاقة البصرية .

أما دراسة وينكلر Winklor, D. (١٩٨٩) فقد استهدفت الكشف عن ومقارنة مستويات القلق لدى المعاقين بصرياً والمبصرين وعوامل تأثير أنماط ومستويات القلق لدى المعاقين بصرياً التى تشمل درجة الحدة البصرية وبداية حدوث العجز البصري والإنجاز الأكاديمى والاستقلال الشخصى . وتكونت العينة من مجموعتين من المراهقين ، مجموعة المبصرين وتتكون من (٣٠) طالباً ، ومجموعة المكفوفين وتتكون من (٢٥) طالباً وتنقسم المجموعة الأخيرة إلى عدة فئات حسب بداية حدوث العجز البصرى ودرجة الإبصار ، وقام الباحث بالمجانسة بين المجموعتين فى الجنس والعمر الزمنى ، واستخدم الباحث مقياس إندلر Endler للقلق متعدد الأبعاد لتحديد مستويات حالة وسمة القلق ، وقائمة الإستقلال الحياتى

إعداد : رايتـر Writer لتحديد درجات الإستقلال لدى العينة . ولقد كشفت النتائج على أن :

- المعاقين بصرياً أكثر قلقاً من المبصرين ، وأن ذوى الإعاقة البصرية الكلية لديهم مستويات عالية من القلق أكثر من المكفوفين جزئياً .
- كما وجد أن المستويات العالية من القلق ترتبط بمستوى عال من الإنجاز الأكاديـمى بالنسبة للمعاقين بصرياً ، بينما يرتبط الإستقلال الشخصى المرتفع لدى المعاقين بصرياً بمستويات منخفضة من القلق .

وأيضا استهدفت دراسة رمضان عبداللطيف (١٩٩٠) التعرف على الإغتراب وعلاقته بكل من القلق والإتجاهات الوالدية لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية ، وأجريت الدراسة على عينة من (٦٨) طالباً من المركز النموذجى لرعاية المكفوفين ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٦ : ٢٠ عاماً ، وقد تم تطبيق مقياس الإغتراب للمكفوفين ومقياس الإتجاهات الوالدية ومقياس قلق الكفيف ومقياس وكسلر - بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين واستمارة المستوى الإجتماعى الاقتصادى واستمارة المقابلة الشخصية واختبار تفهم الموضوع . ولقد أسفرت النتائج عن :

- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الإغتراب والقلق لدى ذوى الإعاقة البصرية .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الإتجاهات الوالدية اللاسوية والإغتراب لدى ذوى الإعاقة البصرية .

كما استهدفت دراسة أمـيرة الديب (١٩٩٢) الكشف عن العلاقة بين درجة القلق ومفهـوم الذات لدى الكفيف المتعلم وغير المتعلم ، وكذا العلاقة بين خبرة تعليم الكفيف ومفهومه لذاته والفروق بين الذكور والإناث من المكفوفين فى أبعاد مفهوم الذات ، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) كفيفاً متعلماً وغير متعلم من العاملين الذكور والإناث ، وقد تم اختيار عينة الإناث من جمعية النور والأمل التابعة لمؤسسة الكفيفات بمصر الجديدة ، أما الذكور فقد اختيروا من المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون ، وقد تراوحت أعمار المجموعة المتعلمة من الذكور والإناث ما بين ١٦ : ٢٤ سنة ، أما المجموعة غير المتعلمة فقد تراوحت أعمارهم ما بين ١٧ : ٢٥ سنة ، ولقد استخدمت الباحثة مقياس مفهوم الذات لدى الكفيف إعداد : الباحثة

ومقياس القلق للمكفوفين إعداد : عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص واختبار وكسلر - بلڤيو للراشدين (الجزء اللفظى) ، وباستعراض النتائج المتعلقة بمتغير القلق تبين ما يلى :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المتعلمين وغير المتعلمين من المكفوفين في القلق لحساب المجموعة الأولى .
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الجنسين من المكفوفين في القلق حيث وجد أن متوسط درجات الإناث أعلى من متوسط درجات الذكور .
- عدم وجود تأثير لتفاعل كل من الجنس ومستوى التعليم فى مقياس القلق .
- وجود ارتباط سالب دال بين القلق وأبعاد مفهوم الذات لدى كل من الذكور والإناث

فى حين استهدفت دراسة عبدالعزيز الشخص (١٩٩٢) تحديد أثر أسلوبى الرعاية الخارجية والداخلية للمكفوفين على مستوى القلق لديهم ، وعلى اتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية ، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (١٢٠) تلميذاً وتلميذة من المكفوفين بالمرحلتين المتوسطة والثانوية بمعهدى النور للمكفوفين والمكفوفات بالرياض ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ١٣ ، ٢١ سنة ، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين قوام كل منها (٦٠) تلميذاً وتلميذة ، تخضع أحدهما لأسلوب الرعاية الخارجية بينما تخضع الأخرى لأسلوب الرعاية الداخلية وبذلك أصبحت العينة فى صورتها النهائية تضم أربع مجموعات من المكفوفين حسب الجنس ونوع الرعاية ، واستخدم الباحث مقياس القلق للمكفوفين إعداد : عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص ومقياس اتجاه المكفوفين نحو الإعاقة البصرية إعداد : الباحث ، وباستعراض النتائج المتعلقة بمتغير القلق تبين ما يلى :

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المكفوفين من الذكور فى مجموعتى الرعاية الخارجية والداخلية بالنسبة لمستوى القلق لصالح أفراد المجموعة الثانية .
- وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات الكفيفات فى مجموعتى

الرعاية الداخلية والخارجية بالنسبة لمستوى القلق حيث كان أفراد المجموعة الأولى أكثر قلقاً .

- عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أفراد مجموعة المكفوفين من الذكور والإناث فى أسلوبى الرعاية بالنسبة لمستوى القلق .

أما دراسة أحمد حسين الشافعى (١٩٩٣) فقد استهدفت التعرف على الفروق بين الأطفال المعاقين بصرياً والمبصرين من الجنسين فى كل من القلق وأبعاد الضبط الثلاثة : الضبط الداخلى وضبط الآخرين ذوى النفوذ وضبط السياق كما تهدف الدراسة معرفة العلاقة بين القلق وأبعاد الضبط سالفة الذكر لدى الأطفال المعاقين بصرياً والمبصرين من الجنسين ، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طفل تتراوح أعمارهم ما بين ٩ : ١٢ عاماً مقسمين إلى مجموعتين : مجموعة المعاقين بصريا وعددهم (٥٠) ومقسمين إلى (٢٥ بنين ، ٢٥ إناث) بحيث تكون إعاقتهم كلية وحدثت منذ الميلاد أو قبل سن الخامسة ومجموعة المبصرين وتتكون من (٥٠) مقسمين إلى (٢٥ بنين ، ٢٥ إناث) بحيث يكونوا مناظرين للمجموعة الأولى من حيث المستوى الإقتصادى الإجتماعى ونسبة الذكاء ، واستخدم الباحث مقياس القلق العام للأطفال إعداد : مدحت ألطاف ، ومقياس الضبط الضبط المُدرك للأطفال إعداد : الباحث ، ومقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الأطفال واستمارة للمستوى الاقتصادى الإجتماعى إعداد : الباحث . ولقد أسفرت النتائج المتعلقة بالقلق عن :

- وجود فروق دالة احصائياً فى القلق يرجع إلى الإعاقة البصرية بين عينات الدراسة .
- عدم وجود فروق فى القلق يرجع إلى جنس المفحوص بين عينات الدراسة .
- عدم وجود تفاعل بين الإعاقة البصرية وجنس المفحوص فى تأثيرهما على القلق لدى عينات الدراسة .
- عدم وجود علاقة بين القلق وأبعاد الضبط الثلاثة (الضبط الداخلى ، وضبط الآخرين ذوى النفوذ ، وضبط السياق) بالنسبة لعينات الدراسة .

بينما استهدفت دراسة محروس عبدالخالق (١٩٩٣) التعرف على الفروق بين ذوى الإعاقة البصرية مرتفعى القلق ومتوسطى القلق ومنخفضي القلق فى التفكير

الإبتكارى ، هذا إلى جانب التعرف على بعض الصراعات النفسية التى يعانى منها الفرد الكفيف ذو القلق المرتفع ، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (١٠٠) كفيف ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٤ : ١٩) عاماً ، وقد تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فى ضوء هدف الدراسة - وفقاً لمستويات القلق لديهم "مرتفعى ومتوسطى ومنخفضى القلق" - وقد تم تطبيق مقياس قلق المكفوفين إعداد : عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص ومقياس ذكاء الشباب إعداد : حامد زهران ، ومقياس القدرة على التفكير الإبتكارى إعداد : الباحث واستمارة لقياس المستوى الاقتصادى الاجتماعى . ولقد أسفرت النتائج عن :

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المراهقين ذوى الإعاقة البصرية مرتفعى القلق والمراهقين ذوى الإعاقة البصرية منخفضى القلق فى قدرات التفكير الإبتكارى لصالح مرتفعى القلق .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للقلق والدرجة الكلية للتفكير الإبتكارى .

أما فيما يتعلق بنتائج الدراسة الكلينيكية فقد أوضحت أن الصراعات التى يعانى منها ذوى القلق المرتفع أكثر منها وضوحاً لدى ذوى القلق المنخفض ، ومن بين هذه الصراعات التى يعانى منها ذوى الإعاقة البصرية بشكل عام مشاعر النقص والدونية ، والثنائية الوجدانية ، وسيطرة بعض المخاوف وظهور الإضطراب الإنفعالى ، والسلوك الإنكارى والتعويضى .

كما استهدفت دراسة أحمد عبدالرحيم العمرى (١٩٩٤) تقويم الوضع الراهن لبرامج المكفوفين بنوعيها (نهارى - داخلى) وذلك من خلال الأهداف النفسية المتضمنة بالأهداف التفصيلية لمدارس وفصول المعوقين بصرياً ، وكذا تقديم صورة واضحة وفهماً أعمق لما يميز سيكولوجية هذه الفئة . وقد تكونت عينة الدراسة من (٧٧) طفلاً وطفلة بمدارس النور للمكفوفين بالقاهرة الكبرى ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٩ : ١٢) عاماً وليس لديهم أية إعاقات أخرى عدا كف البصر ، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين ، المجموعة الأولى تضم (٤٠) تلميذاً (١٥ ذكور ، ٢٥ إناث) وهى مجموعة البرنامج النهارى ، أما المجموعة الثانية فتضم (٣٧) تلميذاً (١٥ ذكور ، ١٢ إناث) وهى مجموعة الإقامة الداخلية ، وقد تم اختيار العينة من مدرسة المركز

النموذجي للمكفوفين بالزيتون ، ومدرسة النور المشتركة بالجيزة ، ومدرسة النور والأمل للبنات الكفيفات بمصر الجديدة .

وبعد تطبيق مقياس القلق الظاهر إعداد : رشاد عبدالعزيز ومقياس مفهوم الذات للأطفال إعداد : عادل الأشول ومقياس الشخصية للأطفال إعداد : عطية هنا ومقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الأطفال (الجزء اللفظى) ترجمة وتعريب : محمد عماد الدين اسماعيل ولويس كامل مليكة ، فقد أسفرت النتائج عن :

- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين نوعى البرامج (نهارى - داخلى) للمجموعة الكلية وكذلك باختلاف الجنس داخل النوعين (ذكور نهارى - إناث نهارى - إناث داخلى) .
- أشارت المتوسطات إلى ارتفاع درجات القلق لدى العينة الكلية ، مما يشير إلى معاناتهم جميعاً من أعراض القلق .

بينما استهدفت دراسة رشاد عبدالعزيز موسى (١٩٩٤) التعرف على أثر الإعاقة البصرية والجنس على بعض الأعراض العصابية ، وقد تكونت عينة البحث من أربعة مجموعات المجموعة الأولى تضم (٣٠) كفيفاً تتراوح أعمارهم ما بين (١٥ : ١٨) عاماً وتم اختيارهم من المعهد النموذجي للمكفوفين بالزيتون ، والمجموعة الثانية تضم (٣٠) كفيفة ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٥ : ١٩) عاماً وقد تم اختيارهن من معهد النور لكفيفات بمصر الجديدة ، والمجموعة الثالثة تضم (٣٠) مبصراً ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٥ : ١٧) عاماً وقد تم اختيارهم من مدرسة باب الشعرية الثانوية ، والمجموعة الرابعة تضم (٣٠) مبصرة ممن تتراوح أعمارهن ما بين (١٥ : ١٨) عاماً وقد تم اختيارهن من مدرسة أمير الجيوش الثانوية للبنات ، وقد تم تطبيق استبانة مستشفى ميدل سكس لقياس الأعراض العصابية ترجمة وتقنين : الباحث . وقد أسفرت النتائج عن :

- وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين عينة المعاقين بصرياً والمبصرين فى كل من متغير القلق والرهاب والوسواس القهرى والأعراض السيكوسوماتية والهستيريا والإكتئاب لحساب المعاقين بصرياً (فقد كانوا أكثر اضطرابا فى كل الأعرض العصابية السابقة) .

- وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ۰۱, بين الجنسين (ذكور - إناث) من المعاقين بصرياً في كل من متغير القلق والرهاب والوسواس القهرى والأعراض السيكوسوماتية والهستيريا والإكتئاب لحساب الإناث المعاقات بصرياً .

وأيضا استهدفت دراسة آمال نوح خيرى (١٩٩٥) التعرف على مستوى القلق لدى التلميذات الكفيفات بالمرحلتين الإعدادية والثانوية ، وقد اختارت الباحثة عينة الدراسة من التلميذات الكفيفات بالمرحلتين الإعدادية والثانوية بمدرسة النور بمصر الجديدة وعددهن (٣٠) تلميذة مقسمات إلى (١٥) تلميذة بكل مرحلة ، وقد تم تطبيق مقياس القلق للمكفوفين إعداد : عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص . وقد أسفرت النتائج عن :

- وجود مؤشرات تدل على ارتفاع مستوى القلق لدى التلميذات الكفيفات في المرحلتين الإعدادية والثانوية وإن كانت التلميذات بالمرحلة الإعدادية أظهرن مستوى أعلى من القلق وقد أرجعت الباحثة ذلك إلى المرحلة العمرية الحرجة التي يمررن بها (مرحلة المراهقة) .

وهكذا يتضح من العرض السابق للدراسات أنها ركزت على التعرف على مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ، وقد أجمعت على أن المراهقين من ذوى الإعاقة البصرية يعانون من ارتفاع مستوى القلق بمقارنتهم بأقرانهم من المبصرين ، فهم أكثر تعرضاً للاضطرابات النفسية وشعوراً بالذنب وشعوراً بالنقص والدونية وأكثر شعوراً بالخوف من المجهول .

كما أوضحت هذه الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية وانخفاض التوافق النفسى والإجتماعى لديهم . كما أنها أظهرت أيضاً وجود علاقة بين ارتفاع مستوى القلق ونوع الإقامة حيث كان ذوى الإعاقة البصرية ممن يقيمون إقامة داخلية أكثر قلقاً . غير أن تلك الدراسات لم تظهر بشكل واضح أى من الجنسين من ذوى الإعاقة البصرية أكثر قلقاً من الآخر .

الفصل الثالث

العلاج السلوكي

العلاج السلوكى

العـلاج السلوكى يعتبر تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعـلم فى ميدان العلاج النفسى ، ولقد سار تقدم وتطور العلاج السلوكى كمجموعة من القواعد التطبيقية العملية سيراً بطيئا بالنسبة لتاريخ التوصل إلى هذه القواعد والمبادئ والقوانين فى التعلم وبصفة خاصة التعلم الشرطى ، وربما يرجع ذلك إلى عوامل منها الفصل بين النظرية والتطبيق ، والإحجام عن استخدام العيادة النفسية كمعمل ، والاعتماد الكبير على الطرق التقليدية كنماذج مرتضاه للعلاج النفسى . (حامد زهران ، ١٩٧٨ : ٢٥٦)

ويشير مصطلح العلاج السلوكى لوصف عدد من الطرائق العلاجية التى استحدثت فى السنوات الأخيرة ، وعلى الرغم من أن الطرائق الحالية تتباين ما بين العلاج بالتحصين إلى العلاج بالتنفير والعلاج بالغمر والنمذجة .. وغيرها إلا أنها تشترك جميعاً فى التصورات النظرية . والأساس المنطقى الذى يتبناه بشكل أو آخر كل الممارسين للعلاج السلوكى ينحصر فى أن السلوك العصابى والأنماط الأخرى من الاختلالات إنما هى بشكل غالب مكتسبة . وإذا كان السلوك العصابى مكتسباً فعندئذ يكون من المحتم أن يخضع لقوانين التعلم التى تم الوصول إليها والمعلومات عن التعلم لاتختص فقط باكتساب أنماط سلوكية جديدة ، ولكن أيضا باضعاف أو إزالة أنماط قائمة من السلوك . (أمينة مختار ، ١٩٨٠ : ٥٨)

فالمدرسة السلوكية تعتقد بأن السلوك الإنسانى ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ، ويتحكم فى تكوينها قوانين قوى الكف وقوى الاستثارة اللتان تسيران مجموعة الاستجابات الشرطية ، نتيجة العوامل البيئية التى يتعرض لها الفرد ، والسلوكيون يرون أن الاضطراب الانفعالى ناتج عن أحد العوامل الآتية :

١- الفشل فى اكتساب أو تعلم سلوك مناسب .
٢- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية .
٣- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة ، لايستطيع معها اتخاذ قرار مناسب .
٤- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة .

(سهام أبو عيطة ، ١٩٨٨ : ١٠٢)

وعلى الرغم من أن بعض الأفكار المستخدمة فى نظريات وممارسات العلاج السلوكى ترجع إلى تاريخ بعيد فإن الأمر لم يستقر بشكل راسخ إلا مع بداية النصف الثانى من القرن العشرين عندما ظهرت كتابات متناثرة عن تطبيق مبادئ التعلم فى علاج الاضطرابات السلوكية إلا أن تأثيرها فى ممارسة الطب النفسى وعلم النفس الإكلينيكى ظل محدوداً حتى الستينات حين برز العلاج السلوكى بوصفه منهجاً نظاميا شاملاً فى العلاج ، وذلك فى ثلاثة مواقع هى :

١- أعمال جوزيف فولبه .Wolpe, J ، التى استخدمت فيها أساليب بافلوف Pavlov لإحداث وإزالة العصاب التجريبى فى الحيوان ، وقد ظهر منها أسلوب "التخلص التدريجى من الحساسية" وهو النموذج الأول للكثير من إجراءات العلاج السلوكى المعاصر فى التعامل مع القلق فى ضوء منبهات يمكن التعرف عليها فى البيئة .

٢- أعمال هـ . ج ، ايزنك .Eysenck, H وم . ب. شامبيرو اللذين قد اهتما بالمدخل التجريبى الأمبريقى لفهم وعلاج المريض باستخدام نموذج الحالة الفردية الضابطة لنفسها ونظرية التعلم الحديثة فى عملية العلاج .

٣- الأعمال المستوحاه من بحوث ب. ف سكينر .Skinner, B بتطبيق تكنولوجيا "الإشراط الاجرائى" على المرضى وعلى مر السنين بذلت محاولات عديدة لتصور دور التعلم فى العلاج النفسى وفيها محاولات دولار وميللر& .Dollerd, J .Miller, N ، وقد صاغ لندزلى وسكينر مصطلح "العلاج السلوكى" فى محاولاتهما لتعديل السلوك الذهانى ، وذلك بالرغم من أن المصطلح استخدمه لازوارس وايزنك Lazarus & Eysenk بصورة مستقلة بعد ذلك بفترة (لويس مليكة ، ١٩٩٠ : ١٠)

ومن هنا ظهرت أنواع متعددة من العلاجات السلوكية المتنوعة لعلاج الاضطرابات السلوكية والانفعالية ونظراً لهذا التنوع فقد قام (حسام الدين عزب ، ١٩٨١ : ٨٣) بتصنيف فنيات العلاج السلوكى على النحو التالى :

أولاً : الفنيات القائمة على أساس الترغيب :

١- فنيات الكف بالنقيض Reciprocal inhiblition techniques

ومن بينها :

أ - الاستجابات التوكيدية Assertive responses

ب- الاستجابات الجنسية Responses

جـ- الاستجابات الاسترخائية Relaxed responses

د - التحصين التدريجي Systematic desenitization

٢- فنيات تخفيف القلق Anxiety Relief Techniques

٣- برامج اقتصاديات البونات Token Economies Programmes

٤- فنيات التشكيل والتعلم البديلي

Shaping and Vicarious Learning Techniques

ثانيا : الفنيات القائمة على أساس الترهيب :

١- فنية التنفير وبديل التنفير

Aversion and Aversion rolief technciques

٢- فنية الممارسة السلبية والتشبع

Negative practice and satiation technciques

٣ - فنية الابتعاث الضمني للحساسية

Covert sensitzation technciques

٤- فنية الغمر والتفجر الداخلي

Flooding and implosive technciques

ومع هذا التعدد في فنيات العلاج السلوكي فقد كان لزاماً إختيار أحد تلك الفنيات العلاجية لخفض القلق لدى العينة التجريبية الأولى من ذوي الإعاقة البصرية ، وقد استقر الرأي على استخدام الكف بالنقيض (التحصين التدريجي والاسترخاء) وذلك للأسباب التالية :

١- لقد أشار دافيد مارتن (١٩٧٣ : ٧٢) إلى أن التحصين التدريجى عن طريق التشريط المضاد هو أعظم ما يستخدم لخفض القلق والمخاوف ، وهنا ما أكدته شيخه الدريستى (١٩٩٧ : ٦٤ - ٦٥) بقولها : " إن فنية التحصين التدريجى تعد من أشهر التدخلات السيكولوجية الموثوق بها حتى الآن ، فهى الفنية العلاجية السلوكية الوحيدة من بين فنيات سلوكية كثيرة ومتعددة التى تنوه بفاعليتها دراسات وأبحاث أمبريقية على درجة عالية من الضبط ، حيث أنها تطبق على نطاق واسع ومتباين فيما يختص بالظروف ذات الصلة بمواقف القلق والخوف ، وذلك عبر عينات متعددة الطبائع من الأفراد فى العمر والسمات الأخرى التى تشكل الخلفية المميزة لكل عميل " .

٢- لقد دلت الأدلة الكلينيكية والتجريبية عن إمكانية تحقيق خفض كبير ودائم للقلق عن طريق التحصين التدريجى وكشفت هذه الأدلة على أن العنصرين الأساسين فى العلاج (الاسترخاء والتقديمات الخيالية المدرجة للمثيرات) يسهمان فى الفاعلية العلاجية ، وأن التغيير الذى يحدث على المستوى التخيلى ينسحب على مواقف الحياة الواقعية دون صعوبة (أمينة مختار، ١٩٨٠ : ٦٠ - ٦١)

٣- يشير فولبه .Wolpe, J (١٩٦٤ : ١٤) إلى الدراسة المسحية التى أجريت لمتابعة عدد كبير من مرضى العصاب الذين تعافوا أو تحسنوا كثيرا على علاجات مختلفة ، والتى اتضح منها أنه من بين (٢١٠) مريض تم شفاء (١٨٨) مريضا بنسبة ٨٩,٥٪ باستخدام التحصين التدريجى فى مقابل (١٢٦) مريضا تم شفاءهم باستخدام التحليل النفسى ، وهذا يؤكد فاعلية التحصين التدريجى فى علاج العصاب بالمقارنة بالعلاجات الأخرى ، هذا إلى جانب ما أكدته شيخة الدريستى (١٩٩٧ : ٦٥) من أن الدراسات التتبعية التى استمرت لمدة عام أو عامين مثل دراسة ديفنباخر ومشيلز -Deffenbach er & Michaels (١٩٨٠)، ودراسة ماكوناغى وآخرين Mcconaghy et al. (١٩٨٣) أوضحت أن تأثيرات استخدام فنية التحصين التدريجى تبقى وتستمر عبر فترة زمنية ممتدة مع أدلة ضئيلة على وجود إنتكاس أو إبدال العرض .

٤- أظهرت الدراسات التى استخدمت التحصين التدرجي فى خفض القلق فى مواقف ذات صفة نوعية فاعلية عالية ومن بينها دراسات تناولت القلق الاجتماعى Social Anxiety كدراسة ترور وآخرين .Trower et al (١٩٧٨) ، ودراسة أوست وآخرين .Ost, et al (١٩٨١) ، ودراسة بوتلر وآخرين .Butler, G. et al (١٩٨٤) ، ودراسات أخرى تناولت القلق اللفظى Speech Anxiety مثل دراسة سلوتسكى .Slutsky, J (١٩٧٨) ودراسة ورثينجتون وآخرين .Worthintgon, E. et al (١٩٨٤) ودراسة تروسيل .Trosal , R (١٩٨٩) ، ودراسات تناولت قلق الرياضيات Math Anxiety مثل دراسة ترنيت .Trent, R (١٩٨٥) ، وأخيراً دراسات اهتمت بخفض قلق الاختبار Test Anxiety مثل دراسة ماكميلان .Mc Millan, J (١٩٧٢) ، ودراسة ديفنباخر وآخرين .Deffenbacher, J. et al (١٩٨٠) ، ودراسة ديفنباخر وميشيلز Deffenbacher & Michaels, A. ، ودراسة هاينز وآخرين .Haynes, C. et al (١٩٨٣) ودراسة محمد عبدالعال الشيخ (١٩٨٦)، أما الدراسات التى تناولت القلق العام فمنها دراسة سيسل .Cecil, E (١٩٧١) ودراسة كارتر ويباباس .Carter, J. & Papas, D (١٩٧٢) ودراسة ديلانج .Dalange, J (١٩٧٨) ، ودراسة اسماعيل بدر (١٩٩٣) .

وهكذا يمكن القول أن فنية التحصين التدريجي أسلوب فعال ، وتتمتع بمرونة عالية وتطبق على نطاق واسع فى علاج القلق ، ولذلك تم اختيار هذه الفنية كإحدى الفنيات السلوكية لخفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية .

التحصـين التدريجـى

الخلفية العلمية لتطور التحصين التدريجى :

أرخ فولبه .Wolpe, J طريقته فى العلاج النفسى حين كان يعمل كضابط طبيب فى الخدمة العسكرية ، وقد أدت كثرة إطلاعه إلى التشكك فى التحليل

النفسى، وعرف أن التحليل النفسى غير مقبول فى روسيا وأدرك أن السبب يرجع إلى دراسات بافلوف Pavlov وهل Hull (س . هـ باترسون : ١٩٨١ : ٢٥٤) ، فقد وجد فولبه فى السلوكية الدور الذى يبحث عنه فخلع عن العلاج السلوكى التقليدى رداء التحليل النفسى ، ولم يكتف فى علاجه الجديد بالسلوكية ، بل اقتطع أقدم جانب منها ألا وهو التشريط الكلاسيكى البافلوفى ، ثم قام بمزاوجته بطريقة جاكبسون Jacobson فى الاسترخاء المضطرد ، فكان مولد العلاج السلوكى الحديث بمثابة الثمرة البكر لهذه المزاوجة ، وخرج فولبه على الأوساط الكلينيكية بهذا الاتجاه العلاجى الجديد فى كتابه "العلاج النفسى بالكف بالنقيض" (حسام الدين عزب، ١٩٨١ : ٢٦)

وقد بنى فولبه Wolpe, J. نظريته من خلال تجاربه على القطط ، فقد قام بتقسيم مجموعة من القطط إلى مجموعتين : المجموعة الأولى كانت فيها القطط تسمع أزيز جرس وهى فى أقفاصها تعقبه صدمة كهربائية مؤلمة . أما فى المجموعة الثانية فإن أزيز الجرس كان يصحبه الطعام ثم تعقبه بعد ذلك الصدمة الكهربائية وبذلك يتولد صراع بين حافزين متضادين هما الجوع والخوف وكلاهما يرتبط بنفس المثير - صوت الأزيز - وقد استنتج فولبه أن القطط فى المجموعة الأولى أظهرت استجابة خوف شبيهة فى شدتها بتلك التى أظهرتها المجموعة الثانية (مجموعة الصراع) ، وبذلك فإن الصراع لم يكن ضروريا لتكوين الاستجابة العصابية (الخوف) وبذلك قدم فولبة نموذجا للخوف يقوم على قواعد الأشراط الكلاسيكى وقد لاحظ فولبه فى تجاربه على القطط أن النتيجة الهامة كان توقفها عن تناول الطعام (نتيجة الخوف) . (محمد محروس ومحمد السيد ، ١٩٩٨ : ٩٤)

وأدت هذه التجارب إلى صياغة مبدأ الكف بالنقيض أو الكف المتبادل Reciprocal Inhibition هذا المبدأ الذى يقرر بأن القلق يمكن أن يستثار عن طريق وجود إشارات معينة أو عن طريق وجود مثير ما ، كما أنه بالإمكان إيجاد بعض أشكال السلوك التى لاتنسجم أو تتعارض مع استجابة القلق أو الخوف ، والتى لم تكن موجودة سابقا ، وبالتالى فإذا استطعنا إيجاد وسيلة دقيقة من أجل الحصول على استجابات عادية وصحيحة تحدث فى حضور المثير أو الإشارات المقلقة أو المخيفة فإن الارتباط بين هذه المثيرات واستجابة القلق سيضعف . (هارولد بيتش، ١٩٩٢ : ٥١)

وحتى يتأكد فولبه Wolpe, J. مما إذا كانت التجارب العلاجية قد حققت إزالة (محو) حقيقية لعادة القلق وليس مجرد قمع لها . قام بإجراء بعض التجارب الإضافية على بعض الحيوانات وفى وقت حدوث العصاب التجريبى أعقب الصدمات الكهربائية حافز سمعى وذلك من أجل تكييف الاستجابة للقلق ، هذا التكيف تمت إزالته بعملية تغذية موازية للعملية التى تم وصفها من قبل . ولكن فى هذه العملية أصبح البحث عن الطعام استجابة مشروطة (تكيفية) للصوت ، وفى إطار هذه العملية تم اعطاء كل حيوان ثلاثين تمثيلاً للصوت بدون الغذاء ، على مدار ثلاثة أيام ، وقد أثبتت هذه التجارب أنها قادرة على تحطيم استجابة البحث عن الطعام وفى الجلسات التالية تم عمل الاختبار التالى : "تم وضع قطعة لحم على بعد قدمين من الحيوان ، وعندما بدأ فى التوجه إليها تم إطلاق الإشارة السمعية بالقرب منه باستمرار ولم يتم ملاحظة أى استجابة للقلق من الحيوان فى أى لحظة أو أى احتمال للامتناع عن الطعام" وبذلك فقد تم التأكد من أنه قد تم كف مستقل ومشروط لعادة القلق وليس قمعاً لهذه العادة عن طريق الطعام . (Wolpe, J., 1976 : 17 - 18)

وتشير الخبرة فى العصابات البشرية أن مبدأ الكف المتبادل له صلاحية عامة ، فبالإضافة إلى الغذاء استخدمت أنواع أخرى كثيرة من الاستجابات يبدو أن كلا منها يثبط القلق تجريبياً لإضعاف عادات استجابة القلق العصبية والعادات العصابية المرتبطة بها . (Wolpe, J. , 1984 : 11)

خطوات العلاج بالتحصين التدريجي :

ظهرت تقنية التحصين التدريجى لأول مرة فى كتاب "فولبه" الشهير "العلاج النفسى عن طريق الكف بالنقيض" عام (١٩٥٨) ثم قدم بعد ذلك صورة منقحة لهذه النسخة فى كتابه "ممارسة العلاج السلوكى" عام (١٩٦٩) ثم توالت بعد ذلك مؤلفاته والتى تعد من أهم المراجع العلمية فى التحصين التدريجى .

ويلخص فولبه Wolpe, J. ((١٩٦٩ : ٩٧) نظرية التحصين التدريجى على النحو التالى :

إذا كان ائتلاف مثير يتكون من خمسة عناصر متكافئة التأثير هى : أ١ ، أ٢ ، أ٣ ، أ٤ ، أ٥ ويثير (٥٠) وحدة من استجابة القلق فى كائن عضوى ، فإننا سوف نجد

بصورة تناسبية أن القلق الذى سوف يثار سيقل عندما تقل العناصر ، بمعنى أن الاسترخاء لايستطيع التغلب على (٥٠) وحدة من القلق التى تثيرها (أ١ ، أ٢ ، أ٣ ، أ٤ ، أ٥) يمكنه - الاسترخاء - كف الوحدات (١٠) التى يبتعثها (أ١) بمفرده ، فإذا ماتم بشكل متكرر كف القلق الذى تثيرها (أ١) وذلك بمناقضته بالاسترخاء ، فإن شدة القلق سوف تهبط فى النهاية إلى الصفر ، ونتيجة (أ١ ، أ٢) سوف لايثير الآن إلا (١٠) وحدات من القلق بدلاً من (٢٠) وحدة و (أ٢) سوف تتعرض بالتالى للكف التشريطى عندما تتم مناقضتها بالاسترخاء ، وبالاستمرار فى هذا الطريق فإن الائتلاف كله (أ١ ، أ٢ ، أ٣ ، أ٤ ، أ٥) سوف يفقد قدرته على توليد أى قلق .

إن فكرة التحصين تقضى بأنه لو استطعنا أن نقدم المثير الذى يسبب القلق للمريض دون ظهور علامات وأعراض القلق فسيضعف ذلك الصلة بين المثير واستجابة القلق ، وبالتالى ينطفئ الفعل المنعكس الشرطى المرضى ، ولكى لايستجيب المريض بالقلق عند تقديم المثير المرضى يجب أن يكون فى حالة من الاسترخاء ، كذلك يجب الحرص على تقديم المثير بدرجات بسيطة تزيد تدريجياً فى كميتها وكيفيتها حتى تصل للمثير الأصلى ، وذلك وهو فى حالة استرخاء حتى لايتولد عنده أية أعراض للقلق . (أحمد عكاشة ، ١٩٨٠ : ١٣٢)

وتشير سهام أبو عيطة (١٩٨٨ : ١٠٩) إلى أن التحصين التدريجى يتم من خلال العمليات التالية :

١- **التشخيص** ، يعتمد تشخيص المشكلة لدى العميل ، على مقدرة المعالج فى وضع مدرج للقلق وبناء على قائمة المثيرات التى تسبب القلق أو الخوف لدى العميل .
٢- **معرفة الاستجابات المتناقضة لاستجابات القلق لدى العميل** ، ثم استخدام الكف التدريجى للقلق ، بعد التحقق من حدوث الاسترخاء العضلى والفكرى ، وذلك عن طريق تقديم استجابة مضادة أو مناقضة أقوى من استجابة القلق وتعمل على كف الاستجابة التى يتوقع ظهورها عند تقديم أحد مثيرات القلق .
٣- **التدريب السلبى** ، وهو أن يطلب من العميل القيام بممارسة السلوك غير المرغوب فيه ، تحت ظروف صعبة مملة ، حتى يصل لدرجة التعب والاعياء ، وعدم الاستمرار بالممارسة مما يسبب له كره هذا السلوك ، وهنا تظهر استجابة

جديدة وهى عدم ممارسة هذا السلوك والشعور بالراحة بالبعد عنه .

ففى التحصين التدريجى يتم الازدواج تدريجياً وبشكل متكرر بين مثير باعث على القلق وحالة الاسترخاء العضلى حتى يتم الارتباط بين المثير وحالة الاسترخاء العضلى واستبعاد استجابة القلق ، ولايتم التحصين فى جميع المواقف بالتخيل وإنما يتم أيضا فى البيئة الواقعية فى وجود المثير الباعث على القلق وفى هذه الحالة يسمى بالتحصين التدريجى الواقعى . (Wolpe, J., 1958 : 70)

وقد حدد فولبه Wolpe, J. ثلاثة أنواع من الاستجابات المناقضة أو المضادة لاستجابة القلق وهى :

١- استجابات الاسترخاء : وهى عبارة عن مجموعة من الأساليب التى وضعها جاكبسون بهدف إزالة الحساسية فى المواقف الانفعالية ، والتى تهدف إلى تكوين دافع لدى العميل للقيام بالاستجابات المطلوبة وذلك من خلال تدريب الأجزاء الرئيسية من الجسم على الاسترخاء .

٢- استجابات توكيدية : يتم ذلك وفق قوانين الكف الشرطى أو عن طريق الضبط والتحكم فى العلاقات الشخصية أو عن طريق لعب الأدوار التي تتعلق بانفعالات العميل خلال الجلسات العلاجية .

٣- الاستجابات الجنسية : فعندما ترتبط استجابات الفرد العصابى بمواقف جنسية فإنه يطلب من المريض أن يقصر نشاطه على مواقف أو أشخاص تكون لديه مشاعر سارة نحوهم ، وهنا سيثار القلق لدى العميل ، فمثيرات أخرى تبعده عن الضغط النفسى ، وهى تتمثل فى معاملة الشريك الآخر والتى تتميز بالصبر والتشجيع . (Wolpe, J. , 1976 b : 214)

وتتكون طريقة إجراء التحصين التدريجى عادة من أربع مراحل هى :

١- تدريب المريض على الاسترخاء العضلى .

٢- تحديد المواقف المثيرة للقلق .

٣- تدريج المنبهات المثيرة للقلق .

٤- إجراء عملية التحصين .

وفيما يلى تفاصيل كل مرحلة من المراحل الأربع :

أولاً : التدريب على الاسترخاء العضلى

هناك فرق كبير بين الاسترخاء العضلي والهدوء الظاهرى أو حتى النوم ، فالاسترخاء من الناحية العلمية هو "توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر" وهو بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهرى والنوم ، لأنه كثيراً ما نجد شخصاً ما يرقد على أريكته لساعات ولكنه لايكف عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوى والحركى مثل عدم الاستقرار والتقلب المستمر ، والذهن المشحون بالأفكار والصراعات . (عبدالستار ابراهيم ، ١٩٨٣ : ٨٩) ، ولذا فإن النقطة الأساسية من شرح أثر الاسترخاء فى محاربة القلق ، أن يشعر المريض بالأثر أو النتيجة التى تعقب الاسترخاء ، حيث يستهدف التدريب مساعدة المريض على التمييز الواضح بين حالة التوتر العضلي وحالة الاسترخاء بحيث يصبح قادراً فى النهاية على ممارسة التحكم الإرادى على الجهاز المسئول عن التوتر والاسترخاء ، وبالطبع فإن البيئة الفيزيقية المحيطة بالمريض ينبغى أن تساعد على حدوث عملية الاسترخاء . (عبدالرحمن عيسوى ، ١٩٩٥ : ١٨٤)

إن جاكوبسون Jacobson عندما أبرز طريقته فى التدريب على الاسترخاء المتدرج Progressive Relaxation لأول مرة عام ١٩٣٨ ، لم يكن يستخدم عياديا بشكل كبير بسبب طول جلسات التدريب التى أوصى بها والتى كانت تتراوح ما بين ٥٠ : ٢٠٠ جلسة وهذا لم يكن يلائم المرضى وايقاع العصر ، إلى أن جاء "فولبه" عام ١٩٥٨ وادخل الاسترخاء بين إجراءات عملية التحصين .

(Goldfried, N. , 1986 : 170)

ويشير فولبه .Wolpe, J (١٩٧٦ب : ٢٢٥ - ٢٢٦) إلى أنه ليس هناك تتابع ضرورى للتدريب بالنسبة للمجموعات العضلية المختلفة فى الجسم ، ولكن التتابع المتبع ينبغى أن يكون مرتباً ونظاميا وقد عبر عن ذلك بقوله : " أنه من خلال ممارستى الخاصة للعلاج هى أن أبدأ بالذراع لأنها مناسبة لأغراض الشرح ولأن استرخاءها يسهل مراجعته والتأكد منه ، وتليها منطقة الرأس بعد ذلك لأن أكثر التأثيرات المثبطة للقلق نحصل عليها غالباً بالاسترخاء فى تلك المنطقة" . ويستطرد "فولبه" ويذكر أن معظم المرضى يكون نجاحهم محدداً عندما يجرون الاسترخاء لأول مرة ولكنهم يطمأنون بأن الاسترخاء الجيد يتطلب الممارسة المستمرة ، وإذ اكانت (٢٠)

دقيقة من الاسترخاء فى بداية التدريب قد لاتحدث الاسترخاء إلا للذراع مثلاً ، فإنه سيكون من الممكن فى نهاية التدريب إرجاء الجسم كله فى خلال دقيقة أو دقيقتين ، ولكن فى الوقت نفسه هناك بعض الأفراد المحظوظين الذين يشعرون فى المحاولة الأولى باسترخاء عميق وممتد للذراعين ومصحوب بتأثيرات عامة مثل الهدوء والميل إلى النوم .

وللتغلب على توتر المرضى أثناء تعلم الاسترخاء ترى شيخه الدريستى (١٩٩٧ : ٧٣) بأنه يتعين على المعالج أن يخبر العملاء بصفة عامة أن هناك العديد من المشكلات المتعلقة بصعوبة تحقيق الاسترخاء ، وإنها سوف تتناقص مع الإستمرار فى التدريب والممارسة ، كما يتعين أن يتم التحرى بدقة عن ملاءمة مشهد الاسترخاء وتكيف العملاء معه ، ويمكن أن يعطى العملاء واجبا منزلياً كمهمة مفروضة عليهم للتدرب على الاسترخاء ، وممارسته يوميا إن كان ذلك ممكناً ، ولكن بحد أدنى ثلاث مرات أسبوعيا .. وعادة ما يعطى الشخص قبل بداية التدريب على الاسترخاء تصوراً عاماً لطبيعة اضطرابه النفسى (أى القلق) وأن نبين له أن الاسترخاء العضلى ماهو إلا طريقة من طرق التخفف من التوترات النفسية والقلق ، لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادى بالرقاد على أريكة يؤدى إلى آثار مهدئة ، والسبب فى ذلك أن هناك علاقة واضحة بين مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة أو مضادة للقلق . (عبدالستار ابراهيم ، ١٩٩٤ : ١٦٠ - ١٦١)

ويشير جولد فرايد .Goldfried, M (١٩٨٦ : ١٧١) أنه عند تدريب العملاء على استخدام الاسترخاء لمواجهة القلق من المهم التركيز على أنهم سيتعلمون مهارة مما يتطلب الوقت والصبر والممارسة ، ويمكن تقديم مهمة التدريب بأن نشبهها بتعلم قيادة السيارات . فقبل أن يستطيع الفرد أن يقود السيارة فإن ذلك يتطلب مراناً وتدريبا وممارسة ، وجلسات الممارسة هذه تجرى مبدئيا فى أماكن خالية ، وعند نقطة زمنية ما فيما بعد ، وعندما يصبح الفرد أكثر مهارة ، يكون من الممكن استخدام قدراته فى القيادة للانتقال من مكان لآخر وكذلك الحال بالنسبة للتدريب على الاسترخاء .

وغالبا ما يبدأ التدريب بفترات قصيرة تتم بعد مقابلة المريض وتستمر عملية التدريب على الاسترخاء خلال عملية جمع المعلومات عن العوامل التى أدت إلى

مشكلة المريض ، ومرحلة تكوين مدرج القلق ، ولقد وجد أن معظم الأفراد يجدون سهولة فى الوصول إلى حالة الاسترخاء بعد مدة ست ساعات ونصف من الجلسات ويتم ذلك عن طريق تدريبهم المستمر ثم تكرار المراحل التى تم التدريب عليها يوميا فى المنزل . (هارولد بيش ، ١٩٩٢ : ١٠٠)

ويحدد محمد محروس ومحمد السيد (١٩٩٨ : ١٠٠) عدداً من النصائح التى ينبغى على المعالج مراعاتها أثناء تدريب العميل على الإسترخاء :

١- أن يقوم المعالج بخطوات الاسترخاء مع العميل حتى يمكن له أن يلاحظ إذا لزم الأمر كيف يقوم المعالج بكل خطوة .

٢- أن يقوم المعالج بتسجيل خطوات الاسترخاء على شريط كاسيت ليستخدمه العميل بعد ذلك .

٣- أن يستعمل المعالج بعض الكلمات المشجعة والمساعدة مثل "خذ نفساً بشكل طبيعى" احتفظ بعضلاتك مسترخية" ، لاحظ كيف تحس الآن إن عضلاتك دافئة وثقيلة ومسترخية" .

٤- أن يجعل المعالج مدة الفواصل بين خطوات التدريب على الاسترخاء مناسبة لكل عميل حسب الاختلافات الموجودة بينهم .

ثانيا : تحديد المنبهات المثيرة للقلق

عادة ما يبدأ المعالج بناء مدرجات القلق فى نفس الوقت الذى يتم فيه تدريب العميل على الاسترخاء ، ولكن ما ينبغى الاحتياط إليه أن يتم الحصول على المعطيات اللازمة لمدرج القلق عندما يكون المريض فى حالته العادية بعيداً عن تدريبات الاسترخاء ، فما يريده المعالج هو الكشف عن استجابات المريض الاعتيادية والتى ستكون موضع الدراسة والبحث . (أمينة مختار ، ١٩٨٠ : ١٠٩)

ويبدأ إعداد القائمة الهيراركية - مدرج القلق - بتحديد المنبهات (المواقف والأفكار) المثيرة للقلق غير الملائم لدى العميل من خلال طرق التقديم المختلفة من مقابلات ومذكرات يومية واختبارات ومقاييس فسيولوجية ... وغير ذلك .

ويحدد هارولدبيتش (١٩٩٢ : ٨٧) أربعة مصادر رئيسية من أجل الحصول

على معلومات يكون لها الدور البارز فى مرحلة تكوين مدرج القلق وهى : .

١- تاريخ حالة المريض .

٢- استجابات المريض على اختبارات معينة (تتعلق بالقلق أو المخاوف المرضية) .

٣- استجابات المريض على الاستجواب المكثف الذى يقوم به المعالج وكذلك رأى الأقران عن طريق مقابلاتهم بحيث يكون ذلك بعد موافقة المريض .

٤- رأى المعالج وتحليله للموقف الذى أدى إلى القلق لدى المريض

ويشير فولبه .Wolpe, J (١٩٥٨ : ٨٠) إلى أنه يمكن كذلك تكليف المريض - كواجب منزلى - بأن يعد قائمة لكل شيئ يخطر بباله يمكن أن يرعبه أو يزعجه أو يضايقه أو يحرجه على أى نحو ، وذلك بعد أن يتم استبعاد المواقف التى يمكن أن تسبب الرعب لأى شخص مثل "رؤية أسد جائع" .

وبعد ذلك يتم تقسيم المنبهات المثيرة للقلق إلى موضوعات طبقا لعناصر مشتركة ، فقد تقسم المنبهات طبقا للموضوع الرئيسى، فإذا كان الشخص يشعر بالقلق لنقد الناس له ، ومن خشية أن يساء فهمه .. الخ يكون الموضوع العام للقلق هو: " القلق من التقويم الاجتماعى السلبى" ، أو تقسم المنبهات طبقا لحدث معين مثل وفاة شخص عزيز أو طلاق ومن ثم يكون الموضوع العام هو "الهيرراكية المكانية - الزمنية". والخطأ الرئيسى الذى يقع فيه المعالج أحيانا هو تصنيف المنبهات طبقا لموضوع أو حدث غير ملائم فمثلا قد يصنف الخوف من التواجد فى أوتوبيس مزدحم أو فى أى مصدر مزدحم طبقا لموضوع الخوف من تزاحم الناس ، بينما يكون الموضوع الحقيقى هو الخوف من التواجد فى مكان ضيق محدود . (لويس مليكه ، ١٩٩٠ : ٥٤ - ٥٥)

ويعرض فولبه .Wolpe, J (١٩٧٦ب : ٢٢٩) القائمة التالية من القلق التى حددها أحد المرضى وذلك لكى يوضح الطريقة التى يتم بها تقسيم المنبهات :

القائمة التى قدمها العميل كانت هى :

١- الارتفاعات العالية	٢- المصاعد
٣- الأماكن المزدحمة	٤- الكنسية
٥- الظلام - السينما .. الخ	٦- أن يكون وحيداً
٧- العلاقات الزوجية (الحمل)	٨- المشى لأى مسافة وحدى

٩- الموت
١٠- الحوادث
١١- الحريق
١٢- الإغماء
١٣- السقوط إلى الخلف
١٤- الحقن
١٥- الأدوية
١٦- الخوف من المجهول
١٧- أن أفقد عقلى
١٨- الأبواب الموصدة
١٩- ركوب الألعاب فى الملاهى
٢٠- السلالم شديدة الانحدار

وبمساعدة قليلة من التوضيح من المريض ، صنفت إلى فئات بهذا الشكل :

أ- الهلع من الأماكن المرتفعة :

١- الارتفاعات العالية
١٩- ركوب الألعاب فى الملاهى
٢٠- السلالم شديدة الانحدار

ب- الهلع من الأماكن المغلقة :

٢- المصاعد
٣- الأماكن المزدحمة
٤- الكنسية
٥- السينما (الظلام)
١٨- الأبواب الموصدة

جـ- الهلع من الخلاء :

٦- أن يكون وحيداً
٨- أن يمشى أى مسافة بمفرده

د- المرض وما يصاحبه :

١٢- الإغماء
١٣- السقوط إلى الخلف
١٤- الحقن
١٥- الأدوية

هـ- المخاوف الموضوعية :

٧- العلاقات الزوجية (الحمل)
٩- الموت
١٠- الحوادث
١١- الحريق
١٦- الخوف من المجهول
١٧- أن يفقد عقله

وبعد تحديد مصادر القلق وتقسيمها إلى مجموعات فإن المعالج يتولى تحديد مايحتاج منها إلى علاج ، فهناك مخاوف ذات طبيعة تكيفية يحتاجها الفرد فى حياته (فالطالب الذى يخاف مسايرة زملائه فى المدرسة فى التدخين فى دورات المياه

لايمكن أن نعالجه من هذا الخوف فهو خوف مرغوب وصحى وله قيمته التكيفية ، كذلك من الممكن أن نعزل بعض المخاوف أو نؤجل علاجها لأنها لاتمثل أهمية ضاغطة بالنسبة لمشكلات العميل الأساسية ، وهناك مخاوف تقوم على أساس من مفاهيم وإدراكات خاطئة ومن الأفضل أن يستخدم فيها أسلوبا تعليمياً تربوياً (مثل الخوف من الاصابة بالأمراض العقلية) ، لكن المخاوف المرضية التى تنشأ من الخبرات السابقة والارتباطات الانفعالية وليس من مجرد تصورات خاطئة هذه هى التى يستخدم معها أسلوب التحصين التدريجي . (محمد محروس ومحمد السيد ، ١٩٩٨ : ١٠٢)

ثالثا : تدريج المنبهات المثيرة للقلق

بعد أن تم حصر جوانب القلق الرئيسية التي سوف يتم علاجها وبعد أن يتم الحكم بإن تلك المواقف رئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج . حيث يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق فى قائمة مدرجة ، أى قائمة من المواقف التى تستثير القلق فى حياة المريض بدرجات متفاوتة بحيث يوضع الوقت الذى يستثير أعلى درجة من القلق فى أعلى القائمة ويوضع أقلها استثارة فى أسفل القائمة (عبدالستار ابراهيم ، ١٩٨٣ : ٧٦)

وقد استخدم فولبه .Wolpe, J (١٩٧٦ب :٢٣٠) لهذا الغرض مقياس القلق الذاتى لمعرفة قوة استجابات القلق لدى الفرد لمثيرات معينة ، ويقدم المقياس للمريض بأن يخاطبه كما يلى : " فكر فى أسوأ مرة شعرت فيها بالقلق أو تتخيل أنك ستشعر فيها بالقلق وأعطها رقم (١٠٠) ، ثم فكر فى حالة تكون فيها هادئا تماما وأعطها رقم (صفر) . والآن لديك مقياس للقلق ، وعلى هذا المقياس كيف تصنف نفسك فى هذه اللحظة ؟ " ووحدة القياس بهذا المقياس هى الساد * وفيها يعطى درجة (١٠٠) لأسوأ موقف يمكن أن يشعر فيه الفرد بالقلق ، و (الصفر) لأقل المواقف قلقاً، وعادة لاتزيد المسافة بين نقطة وأخرى - موقف وآخر - عن ٥ : ١٠ ساد ، فإذا أعطى للموقف رقم (٨) ٤٠ ساد والموقف رقم (٩) ١٠ ساد فإن ذلك يتطلب إضافة فقرات جديدة لملء الثغرات بينهما .

* الساد : هو الوحدة الذاتية للانزعاج .

وهناك طريقة أخرى للحصول على نفس المعلومات التى تساعد فى بناء مدرج القلق ، وهذه الطريقة تعتمد على المقارنة الزوجية Paired Comparison وتتضمن هذه الطريقة طبع عدد من مثيرات القلق المتصلة بحالة المريض ، كل مثير على كارت منفصل ثم يعطى للمريض زوجين من هذه الكروت لكى يقرر أيهما أكبر إثارة لقلقه من الآخر ، وتتكرر هذه العملية بالنسبة لكل الكروت ، وتساعد هذه الطريقة فى الحصول على تقدير أكثر تبايناً للمثيرات الفردية ولكن مجرد ترتيب لهافى رتب أو وضعها فى رتب - أى وضعها فى تسلسل من حيث قوتها فى إثارة القلق - ولكننا لانحصل على تقدير كمى كالذى يحصل عليه فولبه .Wolpe, J (عبدالرحمن عيسوى ، ١٩٩٥ : ١٨٠)

وفى بعض الأحيان وأثناء علاج المريض وعند عرض مثير ما عليه نلاحظ أنه أبدى كمية غير متوقعة من القلق ، وهذا بعد أن تم عرض بعض المثيرات عليه فى المراحل السابقة وكانت المحاولات ناجحة ، لهذا فإن مثل هذا الموقف - أى فى حالة ظهور درجة كبيرة من القلق - يتطلب هذا من المعالج العودة ثانية إلى الخطوات السابقة فى مدرج القلق والتى هى أخف قلقاً ، حتى يُدخل الخطوات الجديدة ، والناقصة داخل خطوات مدرج القلق . (هارولد بيتش ، ١٩٩٢ : ٩٣ - ٩٤)

لذلك يمكن للمعالج إجراء بعض التعديلات على مدرج القلق الذى وضعه ، وذلك بعد عمل تجربة استطلاعية يختبر من خلالها صلاحية المثيرات وتدرجها المنطقى وكفايتها ، كما يمكن للمعالج الاستغناء عن مثير ما ، أو عن خطوة معينة وذلك إذا وجد أنها لاتؤدى إلى ضرر فى سير عملية العلاج ، وأنها لاتسبب قلقاً ملحوظا ، ويمكن للمعالج إعادة البحث عن مثيرات أخرى يمكن إضافتها وتؤدى إلى إثارة درجة من القلق لدى المريض (فيصل الزراد وآخرون ، د ت : ١٦٢)

رابعا : اجراء عملية التحصين

تلك هى الخطوة الأخيرة فى تقليل الحساسية التدريجى والتى تشتمل على إقـران المثيرات التى تبعث على القلق لدى المريض بالإستجابة البديلة للقلق (الاسترخاء) فبعد أن يتم تدريب العميل على الاسترخاء ، وإعداد مدرج القلق ، تبدأ عملية التخلص التدريجى من الحساسية والتى تتم إما فى الواقع الملموس In vivo

أو عن طريق التخيل وهو الأكثر شيوعاً ، وإذا كان العميل لديه أكثر من نوع من القلق وأعد له أكثر من مدرج فإن العلاج يركز في البداية على أكثر هذه المدرجات أهمية بالنسبة له . (محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ : ١٠٥)

وفي جلسة التحصين الأولى التي دائما ما تكون استكشافية ، يبحث المعالج عن عائد المعلومات عن حالة المريض ، سائلا إياه أن يقرر مدى القلق الذي يشعر به ، فإذا كان صفراً أو يقترب من الصفر - وفقا للقياس الذاتي للقلق - يمكن أن نبدأ في تقديم المناظر ، أما إذا كان المريض لايزال يشعر ببعض القلق برغم أنه يبذل أقصى جهد في الاسترخاء ، يمكن أن يتخيل بعض المناظر التي يشعر فيها بالراحة "كأن يتخيل أنه في يوم صيفي هادئ مستلقياً على عشب لين ويراقب السحاب وهي تتحرك ببطء" .. وهكذا . (Wolpe, J. 1976b : 231)

بعد ذلك يطلب من المريض أن يتخيل عدداً من المناظر التي ستوصف له ، وأن يرفع إصبع يده اليسرى حين يبدأ في تخيل المنظر والذي يتعين أن يستمر في تخيله له دون قلق لمدة لاتقل عن (١٠) ثوان منذ رفع إصبع يده اليسرى ، ويطلب منه أيضا أن يرفع إصبع يده اليمنى حينما يشعر بالقلق أثناء تخيل المنظر السابق ، وأن ينهي تخيله لهذا المنظر والعودة إلى الاسترخاء عن طريق تخيل منظر سار له شخصيا ، ولاينتقل العميل إلى المنظر التالي في القائمة قبل أن يتمكن العميل من تخيل المنظر مرتين على الأقل دون رفع أصبع يده اليمنى والاسترخاء لفترة وجيزة بين المرتين . (لويس مليكه ، ١٩٩٠ : ٥٦ - ٥٧)

وقد يلاحظ أن بعض المرضى يحتاجون إلى كثير من الوصف اللفظي والتفاصيل حتى يكوّنوا الصورة الذهنية المطلوبة ، وبعضهم يكفيه إعطاء الخطوط العريضة للمنظر المطلوب تخيله ، وهنا يجب التأكيد على أن يستمر عرض المنظر عدة مرات وذلك حتى ينتهي الشعور بالقلق المصاحب لذلك المنظر وإذا لم يتحقق ذلك فإن القلق المتبقي مثلا من المنظر (أ) يمكن أن يضاف إلى القلق الناتج من المنظر (ب) ومن ثم يتعاظم شأنه ويستعصى عن الزوال بواسطة الاسترخاء . (عبدالرحمن عيسوى ، ١٩٩٥ : ١٩٠)

على أية حال تكون القاعدة هي إذا فشل العميل مرة ثانية في إعمال خياله في أحد المشاهد ، فإنه يتعين على المعالج أن يرجع إلى آخر مشهد تم تخيله بنجاح ،

فيقدمه مرتان متتاليتان حتى ينجح العميل وإذاكان وقت الجلسة يسمح ، فربما نجد بعض المعالجين السلوكيين يحاولون أن يتخطوا المشهد الفاشل وأن يواصلوا العمل فى البند التالى من المدرج الهرمى للمثيرات ، وذلك أنهم يرون أن فشل العميل فى تخيل المشهد ربما يعود ببساطة إلى أن وضعه كبند من بنود المدرج الهرمى كان فى غير موضعه أما لو كان وقت الجلسة لايسمح بإعادة المشاهد الفاشلة ، فإنه يتعين على المعالج أن ينهى الجلسة بعد التقديين الناجحين لآخر مشهد ، ويبحث فى أسباب فشل التخيل فى مقابلات تالية مع العميل . (شيخه الدريستى ، ١٩٩٧ : ٨٢)

وفى الجلسة التالية من التحصين والتى تكون بعد يوم أو أكثر ، فإن الاجراءات تتوقف على ما حدث فى الجلسة السابقة ، فالمشهد الذى لم ينتج عنه أى ازعاج على الإطلاق يتم استبعاده ، وبدلا منه يتم تقديم البند الذى يليه صعوداً فى المدرج ، أما المشهد الذى كان مزعجاً بدرجة هينة فيتم تقديمه من جديد دون تغيير . (حسام الدين عزب ، ١٩٨١ : ١١٩)

وعادة ما تدوم جلسة التحصين التدريجى فى أى حالة حوالى (٢٠ : ٦٠) دقيقة ، ويمكن أن تطول هذه الفترة إذا وجد هناك ما يتطلب ذلك وعادة فإن فترة (٢٥) دقيقة التى تناسب جلسة العلاج تسمح بتقديم (٤ - ٥) مشاهد وعادة ما يستغرق المشهد من (٥ : ١٥) ثانية (هارولد بيتش ، ١٩٩٢ : ١١٤)

دور المعالج فى التحصين التدريجى :

لقد أوضح فولبه .Wolpe, J (١٩٧٦ب : ٢٢) أن المعالج السلوكى يظهر عادة سلوكاً تعاطفياً إنسانيا ذلك لأنه يدرك أن المريض ضحية للظروف التى تحدث فى نطاق التجارب السيئة وتتسم العلاقة بين المعالج والمريض بالدفء والود والصداقة وإعادة التوافق للمريض مرة أخرى .

وأشار عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٩ : ٦٣ - ٦٤) إلى أن مارتن وبير Martin, G. & Pear, J. قد حددا أربعة أدوار رئيسية ، يتعين على المعالج - الذى يستخدم فنية التحصين التدريجى - أن يقوم بها فى مراحل العلاج بهذه الفنية ، قبل وأثناء وبعد انتهاء جلسات التحصين ويمكن تلخيص هذه الأدوار فيما يأتى :

أ - قبل أن يبدأ المعالج جلسات التحصين ، يتعين عليه التأكد من :

١- أن العميل قد تدرب تدريباً كافيا يؤهله للقيام بعملية الاسترخاء بمفرده (الاسترخاء الذاتى) .

٢- أن كل المثيرات المسببة للقلق قد تحددت ، ورتبت فى مدرج هرمى يعبر حقيقة عن مخاوف العميل .

٣- أن العميل يمكنه أن يكون صوراً متخيلة بوضوح ، فإذا لم يستطع - وهذا أمر وارد - فربما يكون هذا العميل فى حاجة إلى تدريب خاص فى تكوين الصور المتخيلة قبل أن تبدأ العملية العلاجية .

ب- أثناء جلسات التحصين ، يجب على المعالج مراعاة ما يأتى :

١- أن يكون حريصا جداً عند تقديم المشاهد ، وأن يكون هذا التقديم محققاً للهدف من ورائه وهو استدعاء قدر معين من الخوف ، فلو أن العميل انتقل بإيقاع سريع خلال عرض وتقديم بنود المدرج الهرمى ، وأنه لم يسترخ بما فيه الكفاية ، فقد لايحصل المعالج على النتيجة المرجوة وقد يحدث عكس المتوقع ، أى أن يصبح العميل أكثر ارتعاباً عند التعرض لمثيرات إحداث القلق فى الخيال عنه عما كانت عليه حالته بالفعل .

٢- أن يكون حريصا أيضا ، فلا يقدم أى تدعيم للعميل (مثلاً : لايقول له إذا نجح فى تخيل مشهد ما دون أن يشير إلى إحساسه بالقلق أو التوتر : حسناً) لأن مثل هذا التدعيم - ربما يكون ميلاً لدى العميل - يمنعه من الاقرار بالخوف عندما يشعر به .

٣- بعد أن يتقدم العميل بنجاح مطرد خلال بنود المدرج الهرمى ، يجب على المعالج أن يرتب له - إن أمكن ذلك - مواقف تدعيم موجب ، وذلك على الأقل فى بدايات تفاعل العميل مع المثيرات التى واجهها - فى الخيال - أثناء جلسات التحصين .

جـ- بعد الانتهاء من بنود المدرج الهرمى ، واكتمال جلسات التحصين بأسلوبه واحساس المريض بتخلصه من قلقه واطمئنان المعالج إلى مرحلة الشفاء التى

وصل إليها العميل يتعين على المعالج أن يقوم بمتابعة العميل للتأكد من أن المعالجة ظلت نتائجها فعالة ومؤثرة على مدى فترة طويلة نسبياً ، فإذا حدث انتكاسة - وهذا أمر وارد - لابد أن يعاود العميل حضور جلسات إضافية تعزز فعالية العلاج .

أشكال التحصين التدريجي :

يأخذ التحصين التدريجي عدة أشكال منها ما يلي :

١- التحصين الجماعي :

يمكن استخدام إزالة الحساسية في الجماعة بشرط أن يكون مدرج القلق مشتركاً بين كل أعضاء الجماعة ، كأن يكون الخوف عاماً مثلا ، ونوعياً ، وغير معقد بمشكلات سيكولوجية أخرى ، ويراعى أن يتناسب معدل الحركة في المدرج مع حاجة أبطأ الأعضاء ، فلا تنتقل الجماعة إلى فقرة قبل إزالة حساسية الجميع في الفقرة السابقة . (لويس مليكه ، ١٩٩٠ : ٥٨)

٢- التحصين الآلي (أو الأوتوماتيكي) :

لقد ابتكر لانج "جهاز التخلص الآلي من الحساسية" أو جهاز التحصين التدريجي الآلي " وهو جهاز به شرائط تسجيل عليها تعليمات بالاسترخاء ، ويليها عدد من فقرات الخوف (مجمعه سابقا من المريض نفسه) ، وعلى الجانب الآخر من الشريط معلومات وشرح وتفسير للمريض عن موضوع الخوف وتعليمات بالاسترخاء . ويجلس المريض في حجرة مجاورة يسمع شريط التسجيل عن طريق سماعات أذن ويرى ما يعرض عليه من صور ، ويتعامل مع الجهاز عن طريق أزرار مركبة في الكرسي الذي يجلس عليه (زر أيمن أو أخضر مثلا إذا ضغط عليه يعني أنه في حالة استرخاء ، وزر أيسر أو أحمر إذا ضغط عليه فهذا يعني أنه مازال خائفا أو قلقاً) فعندما يعرض أمام المريض مواد الخوف وهو في حالة استرخاء وشعر بالخوف فإنه يضغط على زر الخوف فيتوقف البند ويسمع المريض تعليمات أخرى عن مادة الخوف المعروضة ويلي ذلك تعليمات الاسترخاء ، ثم يعرض البند مرة أخرى حتى يتحقق الاسترخاء ، وإذا شعر

المريض بالاسترخاء وزال الخوف فإنه يضغط على زر الاسترخاء فينتقل إلى البند التالي .. وهكذا ويتكرر ذلك حتى يزول الخوف من كل البنود بنجاح مستعينين باستجابات المريض وبالدلالات الفسيولوجية (حامد زهران ، ١٩٧٨ : ٢٦٣ - ٢٦٤)

٣- التحصين الذاتي :

تستخدم فيها أساسا التسجيلات الصوتية ولكنها تضيف دليلاً مكتوباً وينفذ العميل كل الخطوات المطلوبة وقد يعاونه المعالج في البداية في إعداد قائمة مدرج القلق (الهيرراكية) وتشير التجارب إلى أنها لاتقل فعالية عن العلاج الفردي . (لويس مليكه ، ١٩٩٠ : ٥٨)

ولكن ديفنباخر .Deffenbacher, J (١٩٨٨ : ٢٦) يرى أن تحصين الفرد لنفسه أو التحصين الذاتي يواجه بعض الصعوبات منها طاعة العميل ، فقد تكون الإجراءات على كفاءة عالية ولكن لايتم توظيفها من قبل العميل ، ولذا فإن هذا النوع من التحصين يستخدم مع العملاء الذين يمكن الاعتماد عليهم والثقة بهم بشدة ، أو يستخدم طريقة مساعدة للتحصين التخيلي أو الواقعي .

٤- التحصين الخيالي :

يعتمد التحصين الخيالي على التصور والخيال ، حيث يتم معالجة العميل وكف القلق المثار عنده عن طريق تصورات معينة تستثار في عقله ، كأن يتخيل المواقف والمشاهد التي تثير الخوف لديه ، ويعطينا التحصين الخيالي الكثير من الفوائد حيث يسمح باختبار ضبط المواقف المثيرة للقلق الشديد وبصورة عملية يمكن للمعالج أن يوجد أو يزيل أي موقف يريده مع قليل من الصعوبة وذلك إذا تخيل المريض الموقف بقدر كاف . (هارولد بيتش ، ١٩٩٢ : ٨٥ - ٨٦)

٥- التحصين الواقعي (الفعلي) :

إزالة الحساسية فعليا في الحياة الواقعية يتوازى مع إزالة الحساسية التخيلية في الإجراءات المتبعة ، فالمعالج يذهب مع العميل ويعرضه لخطوات متدرجة من التعامل مع الموقف المثير الخاص به " ، وإذا أصبح العميل متوترا غير مرتاح تتم

مساعدته ليسترخى ويعاد هذه ثانية حتى يشعر بالراحة ، ولكن هذه الطريقة تفتقد إلى ضبط المواقف كما فى التحصين الخيالى .
(Deffenbacher, J. 1988 : 25 - 26)

٦- إزالة الحساسية الاتصالية :

هو منهج يجمع بين إزالة الحساسية فى مواقف الحياة وبين النمذجة ، ولذلك يسمى أحيانا "النمذجة المشاركة" أو "النمذجة مع المشاركة الموجهة" ، والجمع بين إزالة الحساسية والنمذجة يزيد من تأثير هذا المنهج ويتكون من ثلاث خطوات رئيسية هى :

١- يلاحظ العميل النموذج يقترب من موضوع الخوف .

٢- يساعد النموذج العميل فى الاقتراب من الموضوع .

٣- يتوارى النموذج تدريجياً كلما زاد اقتراب العميل عن موضوع الخوف .

(لويس مليكه ، ١٩٩٠ : ٥٩)

٧- التحصين باستجابات بديلة عن الاسترخاء :

يشير فولبه .Wolpe, J (١٩٦٩ : ٦٨) إلى أن هناك عدداً من الاستجابات البديلة التى يمكن استخدامها بديلاً عن الاسترخاء لمناقضة القلق ، ومن بين هذه الاستجابات ما يلى :

أ- التحصين بالصدمة الكهربائية :

لقد استوحى فولبه هذه الفنية من فيلبوت .Philpott, W حيث استخدم صدمة كهربية لإزالة قلق تشريطى ، فقد كان فولبه يطلب من العملاء أن يتخيلوا مشهداً معينا حينما يكون المشهد واضحا يقوم بإعطاء الصدمة الكهربائية ، ويقرر أن هذه العملية تتكرر من ٥ - ٢٠ مرة فى الجلسة الواحدة إلى أن تضعف شدة القلق .

ب- التحصين بالاستجابات الحركية التشريطية :

لقد استوحى فولبه هذه الفنية من ماورار وفيك Mowrer & Vick اللذين وجدا أن الفئران التى تعرضت لصدمة كهربية متصلة كانت قادرة على تعلم استجابة حركية محددة لتجنب (القفز فى الهواء) كمؤشر لنهاية الصدمة ، كانت أسرع من

المجموعة الأولى : تلقت العلاج بالإشارات الفسيولوجية فقط .
المجموعة الثانية : تلقت العلاج بالإشارات الفسيولوجية مع المشاهد .
المجموعة الثالثة : تلقت العلاج بالمشاهد فقط .
المجموعة الرابعة : لم تتلق أي علاج (المجموعة الضابطة) .

وقد تم تطبيق مقياس القلق الظاهر ، وقائمة مراجعة أعراض القلق ، كما تم الحصول على بيانات عن كل فرد من خلال المقابلة الشخصية ، وقد تم تطبيق المقاييس قبل العلاج وبعده ، وأشارت النتائج إلى :

- أن الأنواع الثلاثة من التدريب فى التعامل مع القلق كانت فعالة فى تخفيف القلق لدى أفراد المجموعات العلاجية الثلاث بمقارنتها بالمجموعة الضابطة .

واستهدفت دراسة كارتر وباباس Carter, J. & Pappas, D. (١٩٧٢) مقارنة تأثير كل من التحصين التدريجي ، والعلاج بإحداث الحساسية فى خفض القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من (٤١) طالباً ، وتم تقسيمهم على ثلاث مجموعات كما يلي :

- المجموعة الأولى : تلقت العلاج بالتحصين التدريجي .
- المجموعة الثانية : تلقت علاج بإحداث الحساسية (برنامج مصمم لزيادة الوعي بالقلق)
- المجموعة الثالثة : لم تتلق أي علاج (المجموعة الضابطة)

وقد استخدم الباحثان أربعة مقاييس للقلق ، تم تطبيقها قبل العلاج وبعده ، ولم تكشف النتائج من خلال تحليل مقياس القلق عن أي اختلافات بين مجموعتى العلاج ، وبالمقارنة بالمجموعة الضابطة التى لم تتلق العلاج فإن كلا العلاجين كان مصحوباً بانخفاض ملحوظ على المقاييس الأربعة للقلق .

كما استهدفت دراسة ديلانج Dalange, J. (١٩٧٨) مقارنة الكفاءة النسبية للتحصين التدريجي والتدريب على المهارات التوكيدية فى زيادة الإستجابات التوكيدية وتقليل القلق ، وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) من النساء التى تتراوح أعمارهن ما بين (١٩ : ٥٦) عاماً وقد تم تقسيمهن إلى أربع مجموعات وهى :

- المجموعة الأولى : تلقت برنامجاً فى المهارات التوكيدية .
- المجموعة الثانية : تلقت العلاج بالتحصين التدريجى .
- المجموعة الثالثة : تلقت علاج إيهامى (مناقشات) .
- المجموعة الرابعة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

وقد اشتملت أدوات الدراسة على مقياس تقرير ذاتى للثقة ومقياس قلق الحالة ، واختبار لعب الدور السلوكى والمكون من (١١) موقفاً مسجلاً على شرائط يتم عن طريقة تصنيفهن وفقاً لمستوى القلق لكل موقف وكمية الرضا من الإستجابات المعطاه ، وقد تم تقسيمهن إلى مستويات عالية ومنخفضة من القلق العام ، وقد تم تطبيق هذه الأدوات على المجموعات الأربع قبل وبعد تطبيق البرامج ، وقد أشارت النتائج إلى :

- أن النساء فى مجموعة التدريب على المهارات التوكيدية قد تحسن أدائهن فى اختبار لعب الدور السلوكى بشكل ملحوظ من أى حالة علاجية أخرى، وفى داخل هذه المجموعة حدث تعميم لتأثيرات العلاج إلى المواقف الجديدة لدى النساء ذات القلق المنخفض أكثر منه لدى النساء مرتفعات القلق .
- كما أظهرت النتائج على مقياس التقرير الذاتى أن النساء فى كل من مجموعة التحصين التدريجى والتدريب على المهارات التوكيدية أظهرن انخفاضاً ملحوظاً ، وبالنسبة للقلق الفعلى المحسوس عند أداء اختبار لعب الدور السلوكى ، كانت الحالات العلاجية الثلاثة فعالة فى تقليل القلق فى المواقف المستخدمة فى العلاج .

وأيضا استهدفت دراسة سلوتسكي Slutsky, J. M. (١٩٧٨) الكشف عن فعالية التحصين التدريجى فى خفض القلق اللفظى ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٦٧) فرداً ممن يعانون من قلق الحديث أمام الجمهور ، وقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات :

- المجموعة الأولى : تلقت العلاج بالتحصين التدريجى .
- المجموعة الثانية : تلقت علاج إيهامى (مناقشات) .
- المجموعة الثالثة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

وقد قام الباحث بتعريض العينة الكلية لموقف التحدث أمام الجمهور ثم بدأ فى

تطبيق تقارير ذاتية ومقياس للأعراض الفسيولوجية والسلوكية للقلق ، وقد تم تطبيق الأدوات قبل البرنامج وبعده وأسفرت النتائج عن :

- فعالية مجموعة التحصين التدريجي في الحديث أمام الجمهور بعد أن انخفض القلق لديهم في حين كان العلاج الإيهامي فعالاً فقط في الإطار العلاجي (أثناء فترة العلاج) .

بينما استهدفت دراسة ترور وآخرين .Trower, P. et al (١٩٧٨) الكشف عن دور كل من التحصين التدريجي والتدريب على المهارات الإجتماعية في علاج القلق في المواقف الإجتماعية ، وقد تكونت العينة من (٤٠) فرداً (٢٩ ذكور ، ١١ إناث) تتراوح أعمارهم من (١٩: ٥١) عاماً، وقد تم تقسيمهم إلي مجموعتين :

- المجموعة الأولى : تلقت العلاج بالتحصين التدريجي .
- المجموعة الثانية : تلقت تدريباً على المهارات الإجتماعية .

واستخدم الباحثين في هذه الدراسة مقياس تقرير ذاتي للقلق واختبار القلق الصريح ، وقد تم تطبيق الأدوات قبل البرنامج وبعده ، وقد أوضحت النتائج :

- أن مجموعتي التحصين التدريجي والمهارات الاجتماعية أظهرا إنخفاضاً كبيراً للقلق عند مقابلة الآخرين (القلق الإجتماعي) .
- كما أن المجموعتين قد أظهرا تغيراً قليلاً في سلوكهما الإجتماعي .
- استمرت فعالية البرنامجين خلال فترة المتابعة والتي استمرت لمدة ستة شهور .

في حين استهدفت دراسة ديفنباخر وآخرين .Deffenbacher, J. et al (١٩٨٠) المقارنة بين فعالية كل من التدريب للسيطرة على القلق والسيطرة الذاتية باستخدام التحصين التدريجي في خفض قلق الاختبار ، وتكونت العينة من (٦٦) طالباً جامعياً منهم (١٦) طالباً و (٥٠) طالبة وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات :

- المجموعة الأولى : تلقت تدريب للسيطرة على القلق .
- المجموعة الثانية : تلقت العلاج باستخدام التحصين التدريجي .
- المجموعة الثالثة : تلقت علاجاً زائفاً .
- المجموعة الرابعة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

واستخدم الباحثين مقياس للقلق العام ومقياس قلق الإختبار واختبار للأداء وقد تم تطبيق هذه المقاييس قبل العلاج وبعده . ولقد أسفرت النتائج عن :

- فعالية كل من التدريب للسيطرة على القلق والتحصين التدريجي في خفض القلق في مقابل مجموعة العلاج الزائف والمجموعة الضابطة .
- لاتوجد فروق بين كل من العلاج بالتدريب للسيطرة على القلق والتحصين التدريجي في الدراسة التتبعية التي تمت بعد ستة شهور من انتهاء العلاج
- تمتعت العينات التي تلقت العلاج بالسيطرة على القلق والتحصين التدريجي بصحة نفسية أفضل من أولئك الذين لم يتلقوا علاج .

في حين استهدفت دراسة ديفنباخر وميشيلز Deffenbacher, J. & Mi-chacls, A. (١٩٨١) المقارنة بين فعالية كل من التدريب للسيطرة على القلق والسيطرة الذاتية باستخدام التحصين التدريجي في خفض القلق ، وتكونت العينة من (٦٢) طالباً من طلاب الفرقة الأولى بقسم علم النفس ، وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات كالتالي :

- المجموعة الأولى : تلقت تدريب للسيطرة على القلق وعددهم (١٦) طالب
- المجموعة الثانية : تلقت العلاج باستخدام التحصين التدريجي وعددهم (١٥) طالب .
- المجموعة الثالثة : تلقت علاجاً زائفاً وعددهم (١٦) طالب .
- المجموعة الرابعة : لم تتلق أي علاج (المجموعة الضابطة) وعددهم (١٥) طالب .

واستخدم الباحثان مقياس القلق العام ، وقد تم تطبيق المقياس قبل إجراء البرامج وبعدها . وأسفرت النتائج عن :

- فعالية كل من التدريب للسيطرة على القلق والسيطرة الذاتية باستخدام التحصين التدريجي بالمقارنة بمجموعة العلاج الزائف والمجموعة الضابطة
- استمرار فعالية العلاجين في الدراسة التتبعية بعد (١٥) أسبوع .

بينما دراسة أوست وآخرين Ost, L. et al. (١٩٨١) استهدفت المقارنة بين فعالية كل من التدريب على المهارات الإجتماعية والإسترخاء التدريجي على

خفض القلق الإجتماعى ، وتكونت العينة من (٣٢) فرداً (١٣ ذكور ، ١٩ إناث) تتراوح أعمارهم بين (٢١ : ٥١) سنة بمتوسط عمرى قدره ٣٤ عاماً ، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين :

- المجموعة الأولى : يعانى أفرادها من ردود فعل سلوكية (أى نقص فى المهارات) وهذه العينة قد تلقت التدريب على المهارات الإجتماعية .
- المجموعة الثانية : يعانى أفرادها من ردود فعل فسيولوجية (أى يظهرون توتراً فى المواقف المختلفة) وقد تلقت هذه المجموعة الإسترخاء التدريجى .

وقد استخدم الباحثون مقياساً للقلق ومقياساً للتغيرات السلوكية وتم تطبيقهما قبل العلاج وبعده . ولقد أوضحت النتائج :

- فعالية كل من الإسترخاء التدريجى ، والتدريب على المهارات الإجتماعية فى خفض القلق وخاصة الذى يظهر فى المواقف الإجتماعية .

بينما استهدفت دراسة بوتـلر وآخرين .Butler, G. et al (١٩٨٤) التعرف على مدى فعالية كل من فنية التحصين بدون الإسترخاء والتحصين مع الإسترخاء فى خفض القلق والخواف الاجتماعى لدى عينة من الأفراد تتراوح أعمارهم بين (١٨ : ٤١) عاماً ، وقد تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات :

- المجموعة الأولى : تلقت العلاج بالتحصين بدون استرخاء .
- المجموعة الثانية : تلقت العلاج بالتحصين مع التدريب على الاسترخاء .
- المجموعة الثالثة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

وقد تم تطبيق مقياس القلق العام ومقياس القلق السلوكى ومقياس الخوف من التقييم السلبى وذلك قبل البرنامج وبعده . ولقد كشفت النتائج عن :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المجموعتين التجريبيتين بمقارنتهما بالمجموعة الضابطة حيث كانت الأخيرة أكثر قلقاً .
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من مجموعتى التحصين بدون الإسترخاء ومجموعة التحصين مع التدريب على الإسترخاء لصالح الفئة الثانية حيث أظهرت تغيرات ذات دلالة فى القياس البعدى .

كما استهدفت دراسة ورثينجتون وآخرون .Worthington, E. et al

(١٩٨٤) مقارنة كل من التحصين التدريجي والتدريب على مهارات الحديث ، والتدريب على مهارات المواجهة فى خفض قلق الحديث ، وكذا التعرف على مدى فعالية هذه العلاجات وعندما تجرى بشكل منفصل وعندما تطبق مع بعضها فى توليفة علاجية ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٢) طالباً جامعياً ممن يعانون من قلق الحديث ، وقد تم تقسيمهم إلى خمس مجموعات :

- المجموعة الأولى : تلقت العلاج بالتحصين التدريجي .
- المجموعة الثانية : تلقت تدريباً على مهارات الحديث .
- المجموعة الثالثة : تلقت تدريباً على مهارات الحديث متضمناً التدريب على مهارات المواجهة .
- المجموعة الرابعة : تلقت تدريباً على مهارات الحديث متضمناً التدريب على الاسترخاء والتدريب على مهارات المواجهة .
- المجموعة الخامسة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

وقد تم تطبيق مقياس القلق السلوكى وتقارير عن قلق التواصل العام ، وبعد نهاية فترة العلاج والتى استمرت ستة أسابيع اختبرت العينة مرة أخرى . وقد كشفت النتائج عن :

- أن علاجات قلق الحديث التى تضمنت مهارات المواجهة مع مهارات الحديث كانت أكثر فعالية فى تقليل قلق الحديث من العلاجات الأخرى .
- كما أظهرت النتائج أن إضافة مهارات المواجهة إلي التدريب على مهارات الحديث أدى إلى خفض القلق السلوكى وتقليل قلق الإتصال العام .

وأيضا استهدفت دراسة ترينت Trent, R. M. (١٩٨٥) معرفة مدى كفاءة التحصين التدريجى فى علاج قلق الرياضيات ، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٢) طالباً منهم (٨ إناث و٤ ذكور) وقد تم توزيعهم عشوائياً على ثلاث مجموعات

- المجموعة الأولى : تلقت العلاج بالتحصين التدريجى .
- المجموعة الثانية : تلقت برنامج بالتنويم العلاجى .
- المجموعة الثالثة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

واستخدم الباحث مقياس القلق من الرياضيات ومقياس للمواقف الرياضية

وأخيراً اعتمد الباحث على درجات الطلاب فى مادة الرياضيات خلال فصل دراسى ، وقد تم تطبيق المقاييس قبل البرنامج وبعده . وقد أظهرت النتائج :

- فعالية كل من مجموعتى العلاج بالتحصين التدريجى والتنويم العلاجى بمقارنتهما بالمجموعة الضابطة ، فقد أظهرا تحسنا ملحوظاً فى مستويات القلق من الرياضيات .
- استمرت فعالية البرنامجين العلاجيين حتى نهاية فترة تحديد الدرجات فى مادة الرياضيات ، بعد (١٢) أسبوعاً من انتهاء البرنامجين .

فى حين استهدفت دراسة تروسيل .Trussel, R (١٩٨٩) الكشف عن مدى فعالية العلاج بالتحصين التدريجى وإعادة السلوك التدريجى ، وعائد المعلومات فى خفض القلق اللفظى ، وقد أجريت الدراسة على عينة من الذين يعانون من القلق اللفظى ، وقد تراوحت أعمارهم ما بين ١٧ : ٤٧ عاماً ، وقد تم تقسيمهم إلى أربعة مجموعات هى :

- المجموعة الأولى : تلقت العلاج بالتحصين التدريجى .
- المجموعة الثانية : تلقت برنامج للمعلومات يناقش القلق .
- المجموعة الثالثة : تلقت برنامج لإعادة السلوك التدريجى .
- المجموعة الرابعة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

وقد استخدم الباحث مقياساً للقلق العام ومقياساً للقلق اللفظى ، وبعد أن تم تطبيق البرنامج على مدار ٤ أسابيع تم تطبيق الأدوات مرة أخرى (تطبيق بعدى) . وأظهرت النتائج ما يلى :

- فعالية البرامج العلاجية الثالثة فى خفض القلق من الحديث أمام الجمهور بمقارنتهم بالمجموعة الضابطة .
- فعالية التحصين التدريجى فى القياس التتبعى بمقارنته بالعينتين الثانية والثالثة

واستهدفت دراسة اسماعيل بدر (١٩٩٣) الكشف عن مدى فاعلية فنية التخيل فى تخفيف القلق لدى طلاب الجامعة ، وقد أجريت الدراسة على عينة مبدئية قوامها (٤٠٠) طالب وطالبة من طلاب الفرقة الأولى بكلية التربية ممن تتراوح

أعمارهم ما بين ١٨ : ٢٠ عاماً وكان عدد عينة الدراسة التجريبية (٣٥) طالبا وطالبة (١٩ طالبا ، ١٦ طالبة) ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق للكبار ، وتم تقسيم هؤلاء الطلاب إلى أربعة مجموعات كما يلى :

- المجموعة الأولى : مجموعة تجريبية قوامها (٧) طلاب .
- المجموعة الثانية : مجموعة ضابطة قوامها (٧) طلاب .
- المجموعة الثالثة : مجموعة تجريبية قوامها (٧)طالبات .
- المجموعة الرابعة : مجموعة ضابطة قوامها (٧) طالبات .

وقد استخدم الباحث مقياس القلق للكبار من إعداده ، وقد تم تطبيق البرنامج على مدار تسع جلسات ، وقد أسفرت النتائج عما يلى :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠١, بين طلبة المجموعة التجريبية وطلبة المجموعة الضابطة بعد العلاج فى مستوى القلق وذلك لصالح طلبة المجموعة التجريبية .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠١, بين طالبات المجموعة التجريبية وطالبات المجموعة الضابطة بعد العلاج فى مستوى القلق وذلك لصالح طالبات المجموعة التجريبية .
- لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين طلبة المجموعة التجريبية وطالبات المجموعة التجريبية بعد العلاج فى مستوى القلق .

كما استهدفت دراسة عبدالوهاب كامل (١٩٩٥) التعرف على أثر التدريب على التحكم الذاتى باستخدام العائد البيولوجى لنشاط العضلات الكهربى والإسترخاء على خفض القلق والإنفعالية "دراسة معملية سيكرفسيولوجية" ، وأجريت على عينة قوامها (٣٣) طالب بكلية التربية ، وقد تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات هم :

- المجموعة الأولى : تتلقى تدريبات العائد البيولوجى للتحكم فى مستوى توتر العضلة الجبهية مع تدريبات الإسترخاء .
- المجموعة الثانية : تتلقى تدريبات الإسترخاء باستخدام برنامج للاسترخاء
- المجموعة الثالثة : لم تتلق أى برنامج (مجموعة ضابطة) .

وقد استخدم فى الدراسة مقياس قلق الإمتحان إعداد : محمد عبدالظاهر

الطيب ومقياس الإنزعاج الإنفعالية إعداد : محمد عبدالعال الشيخ ، ورسائل تدريبية أدائية (برنامج تعلم الإسترخاء والتدريب على العائد البيولوجى لنشاط العضلات الكهربى) . وقد أسفرت النتائج عما يلى :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات مؤشرات كل من قلق الإمتحان والإنزعاج الإنفعالية وقيم النشاط الكهربى للعضلات للمجموعات التجريبية بين القياسين القبلى والبعدى لصالح انخفاض متوسطات القياس البعدى مقارنة بالقياس القبلى .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات كل من مجموعة التدريب على العائد البيولوجى لنشاط العضلات الكهربى مع الإسترخاء والمجموعة الضابطة وذلك على مقياس قلق الإمتحان والإنزعاج - الإنفعالية ، درجة النشاط الكهربى للعضلات لصالح مجموعة التدريب على العائد البيولوجى لنشاط العضلات الكهربى مع الإسترخاء .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات مجموعة التدريب على برنامج تعلم الإسترخاء والمجموعة الضابطة وذلك على مقياس محك الإختبار ، الإنزعاج الإنفعالية لصالح مجموعة الإسترخاء .

وبفحص الدراسات التى استخدمت العلاج بالتحصين التدريجى تبين أن بعض هذه الدراسات اعتمدت على التصميم المتعدد ، حيث قارنت بين فعالية التحصين التدريجى وبعض الفنيات السلوكية الأخرى كالتحصين بالاسترخاء وبدونه فى دراسة برتلر وآخرين .Batler, G. et. al (١٩٨٠) والتدريب للسيطرة على القلق فى دراسة ديفنباخر وآخـــرين .Deffenbecher, J. et. al (١٩٨٠) ، ودراسة ديفنباخر وميشيلز .Deffenbecher, J. & Michasls, A (١٩٨١) وإعادة السلوك التدريجى فى دراسة تروسيل .Trussel, R (١٩٨٩) وإلى غير ذلك من الدراسات ، ولقد كشفت نتائج هذه الدراسات عن فعالية التحصين التدريجى فى خفض القلق العام والنوعى (القلق اللفظى - قلق الإختبار - قلق الرياضيات) .

بالإضافة لذلك ، فقد أوضحت نتائج بعض هذه الدراسات أن استخدام الإسترخاء مع التحصين التدريجى له فعالية أكبر فى خفض القلق من استخدام التحصين أو الإسترخاء كلا بمفرده .

الفصل الرابع

العلاج المعرفي

العلاج المعرفى

تعتبر المدرسة المعرفية من أحدث المدارس فى علم النفس بصفة عامة وفى مجال الإرشاد والعلاج النفسى بصفة خاصة ، ويرتبط البناء النظرى لهذه المدرسة بالتطورات الحادثة في علم النفس الاجتماعى ، وعلم النفس المعرفى ونظرية تشغيل المعلومات Information Precessing Theory التى ينتج عنها البحث فى الأداءات العقلية والكيفية التى يفكر بها الإنسان والبنية المعرفية والنواتج المعرفية .. الخ . (حسن مصطفى ، ١٩٩٨ : ١٥)

فلقد جاء العلاج المعرفى بمثابة رد فعل للعلاج السلوكى التقليدى كونه لايعطى اهتماماً كافياً للعمليات المعرفية ، فلقد رأى البعض أن هذا المنحى لايقدم تفسيراً شاملاً للظواهر السلوكية وأن قوانين التعلم أكثر تعقيداً من تلك المتصلة بالمظاهر السلوكية الظاهرة التى يتناولها هذا المنحى ، بينما نجد أن العمليات المعرفية تلعب دوراً حاسماً فى تشكيل السلوك الظاهرى فى العلاج المعرفى . (جمال الخطيب ، ١٩٩٠ : ٣٧١ - ٣٧٢)

إن الإتجاه المعرفى بشكل عام يرفض وجهات النظر التقليدية الثلاث ، التحليل النفسى الذى يعتبر اللاشعور المصدر الوحيد للاضطراب الانفعالى ، والعلاج السلوكى الذى يهتم فقط بالسلوك الظاهر والعلاج الطبى العصبى التقليدى الذى يعتبر الاضطرابات البدنية الكيميائية السبب فى الاضطرابات الانفعالية ، فالعلاج المعرفى مبنى على فكرة عقلانية تعنى أن ما يفكر فيه الناس أو ما يقولونه لأنفسهم عن اتجاهاتهم وتصوراتهم ومثلهم مفيد وهام . (س . هـ باترسون ، ١٩٩٠ : ٢٨)

والعلاج المعرفى مصطلح يشير إلى تشكيلة من الإتجاهات العلاجية التى أسلوبها الرئيسى فى العمل هو تعديل النماذج الخاطئة فى تفكير العميل ، فالتركيز ينصب على أسلوب تفكير العميل ومشاعره وسلوكياته لكى يتم فهم العلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك .

وبناء على ذلك يُنظر إلى العلاج المعرفى على أنه عملية تعلم داخلية وتشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكى وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث

والمؤثرات البيئية المختلفة تشمل الأساليب العلاجية المعرفية على ما يأتى :

١- تحديد أنماط التفكير غير المنطقى وغير التكيفى .
٢- مساعدة العميل على فهم الأثر السلبى لأنماط التفكير غير التكيفى .
٣- استبدال أنماط التفكير غير التكيفية بأنماط تكيفية فعالة .
٤- تدريب العميل على كل ما من شأنه تطوير استراتيجيات الضبط الذاتى .

(Goldfride, M. & Gold Fried, A., 1975 : 80)

وهذا الاتجاه فى العلاج النفسى قد أفسح المجال لظهور فنيات علاجية متنوعة تعتمد على التوجهات المعرفية التى تهدف إلى مساعدة المريض على التصورات المحرفة والمعتقدات غير الوظيفية الكامنة وراء هذه المعارف واختبار مدى واقعيتها وتصحيحها ، وعن طريق التفكير والعمل بواقعية أكبر وبأسلوب تواؤمى فى مواجهة المشكلات السيكولوجية الحالية فى المواقف التى يتوقع أن يخبر المريض قدراً من التحسن فى الأعراض التى يعانى منها .

ومن بين هذه التوجهات المعرفية :

- العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى Rational Emotive Behavior Therapy لـ البرت إليس .Ellis, A
- العلاج المعرفى Cognitive Therapy لـ آرون بيك .Beck, A
- التدريب على مهارة التغلب على المشكلات Coping Skill Training لـ جولد فرايد .Goldfrid, M
- فرض المفهوم الخاطئ The Misconception Hypothesis لـ فيكتور ريمى .Raimuy, V.
- التعديل المعرفى للسلوك Cognitive - Behavior Modification لـ رونالد ميشنبوم .Michenbaum, D
- التدريب على إدارة القلق Anxiety Management Training لـ سوين وريتشاردسون Soinn & Richardson

وغيرها مما تزخر به المدرسة المعرفية فى العلاج والتى هدفها الرئيسى جميعاً هو محاولة تغيير الأفكار الخاطئة ، وذلك من خلال عملية علاجية تعرف باسم إعادة

البناء المعرفي Cognitive Restructuring

ويشير كنت .Kent, G (١٩٩١ : ٣٩) إلى أنه بالرغم من أن هناك الكثير من التفاوتات الفردية في كيفية تطبيق المبادئ المعرفية إلا أن معظمها مبنى على أفكار اليس .Ellis, A وبيك .Beck, A وميتشنبوم .Meichenbaum, D في العلاج النفسي .

ففي حين نجد اليس .Ellis, A يستخدم الإقناع المنطقي واللفظي لمحاولة جعل العملاء يغيرون نظرتهم إلى الأشياء ، نجد بيك .Beck, A على الجانب الآخر يشرك العملاء في بحث تعاوني عن إيجاد دليل يمكن أن يناقض بعض المدركات الخاطئة المسببة للمشاكل ، بينما نجد ميتشنبوم .Meichenbaum, D يركز على استخدام البيانات الذاتية التكيفية (إعادة الحوار مع الذات) .
(Goldfried, M., 1986 : 171)

ومع هذا التعدد في النظريات المعرفية والتنوع في إجراءاتها وأساليبها العلاجية ، فقد كان لزاماً إختيار إحدى المدارس العلاجية المعرفية كأسلوب علاجي يستخدم في خفض مستوى القلق لدى العينة التجريبية الثانية ، ولقد وقع الاختيار على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لـ ألبرت إليس .Ellis, A وذلك لعدة أسباب منها ما يلي :

١- يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي أكثر النظريات المعرفية الهامة في وصف الاضطرابات الانفعالية (Rowan, D. & Eayrs, C., 1989 : 46)
وذلك لما له من تأثيراً قوى على مهنة العلاج النفسي لكونه في المقدمة التاريخية للاتجاه المعرفي ، فالإكلينيكيون يعتبرون إليس .Ellis, A واحداً من أكثر المعالجين النفسيين تأثراً إن لم يكن أكثرهم تأثيراً على الإطلاق .
(Haaga, D. & Davison, G., 1993 : 216)

٢- العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي هو في الأساس امتداد للطريقة العلمية للشئون الإنسانية ، فالناس لأسباب حيوية وبيئية يميلون إلى التفكير بشكل خيالي ، وغير واقعي وغير علمي في أنفسهم والعالم من حولهم ، وفي العلوم يُعلم الناس أن يضعوا افتراضات بشأن الواقع الخارجي وبعد ذلك يناقشون هذه

الإفتراضات ويتحدوها بقوة ، وأن يبحثوا عن دليل تجريبى يؤيدها أو يعارضها قبل أن تقبل كحقائق ، وفى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى يعلم المعالج عملاءه أن يناقشوا عملياً (أن يعارضوا) افتراضاتهم المتخاذلة عن أنفسهم والآخرين . (Ellis, A., 1976 : 278 - 279)

٣- العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى مبنى على نموذج تعليمى إقناعى ويعلم العملاء كيف أنهم يسببون الإزعاج لأنفسهم بأفكارهم غير العقلانية ، ومن ثم: يسعى إلى كشف هذه المعتقدات غير العقلانية ويعلمهم كيف يغيرونها .. فإذا غيروا قواعدهم الفلسفية فى الحياة وعاشوا بعد ذلك طبقاً لتلك التغيرات، فإنهم سيحيون بطريقة أكثر إشباعاً أو إقناعاً .
(Wessler, R., 1983 : 45)

٤- كما أن العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يعتبر نظرية مركبة ومنسقة ويمكن العمل بها ، ولذلك يستطيع المعالج دائما - تقريبا - أن يرى الفلسفات المركزية غير المنطقية القليلة التى يفترضها العملاء ويضايقون بها أنفسهم ، وأيضاً يستطيع المعالج من خلال تلك النظرية أن يوضح بالضبط كيف يستطيع أن يناقش العملاء أنفسهم ويتحدوا أفكارهم اللاعقلانية ، ويجعلهم يعملون على اجتثاثها من جذورها ، واستبدالها بأفكار أخرى أكثر عقلانية بشأن أنفسهم والعالم المحيط . (Ellis, A., 1976 : 274)

٥- كما أوضح إليس .Ellis, A (١٩٨٠ : ١١٢) أن من بين الاختلافات التى تجعل المعالجين يفضلون استخدام العلاج العقلانى الانفعالى عن غيره من التناولات الأخرى للعلاج المعرفى ما يلى :

أ - أن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى يسعى وراء تغيير فلسفى دائم وعميق بدلاً من مجرد إزالة الأعراض من خلال التغيير الاستدلالى مما يترك الأفكار المحدثة للاضطراب قائمة .

ب- التأكيد على القبول الذاتى غير المشروط ، وتجنب التقدير الذاتى المشروط .

جـ- اعتبار أن التحمل المنخفض للإحباط له دور مركزى وليس هامشياً فى إحداث الاضطراب الانفعالى .

د - التأكيد على الطبيعة ذات الجذور الحيوية لعدم العقلانية الإنسانية والحاجة فى ذلك إلى الكفاح ضدها بقوة .

٦- إن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، منذ البداية سعى إلى التعامل مع مدى واسع من الاضطرابات الانفعالية ، وقدم إليس .Ellis, A تناوله العلاجى لعموم الناس بعكس علاج بيك .Beak, A المعرفى الذى كان يركز فى البداية على الاكتئاب داخل إطار عيادى .

(Neenan, M. & Dryden, W., 1996 : 215)

٧- لقد دلت نتائج الدراسات السابقة على فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى خفض القلق ، ومن بين هذه الدراسات دراسة كل من تريكسلر Trexler, L. (١٩٧١) وجارمسون .Jarmon, D (١٩٧١) وستراتميير Straatmeyer (١٩٧٤) وماكسويل وويكلكرسون & .Maxwell, I Wiclkerson, J. (١٩٨٢) وهاينز وآخرون .Haynes, C. L. et al (١٩٨٣) وشيلفر وهوتش .Schelver, S. & Gutch, K (١٩٨٣) ووارين وآخرون .Warren, R (١٩٨٤) وبيرسونز وبيرنز .Persons, J & Burns, D. (١٩٨٦) وهولتز ورينولدز ,Holtz, J. & Reynolds G. (١٩٩١) ونيلسون .Nelson, E (١٩٩٤) ... وغيرها من الدراسات التى أكدت على أن العلاج العقلانى الانفعالى له فعالية عالية فى خفض القلق .

وهكذا يمكن القول أن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى أسلوب له فعالية عالية ويتمتع بمرونة كبيرة فى علاج القلق ، ولذلك تم اختياره كأسلوب علاجى معرفى لخفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية (عينة الدراسة الحالية) .

العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

الخلفية العلمية لتطور العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

يرجع العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى إلى البرت إليس .Ellis, A وهو عالم نفسى عيادى أمريكى كان يعمل كمحلل نفسى تحليلى ، ولكن بدأت فى الخمسينيات قناعته بفعالية وكفاءة التحليل النفسى تضعف ، فدفعه ذلك إلى مدرسة

الفرويديين الجدد ومنها بدأ بحثه فى العلاج النفسى الموجه بالتحليل ، إلا أنه لم يشعر بالرضا عن هذه المدارس العلاجية وأصبح أكثر ميلاً لكل حركة جديدة فى مجال العلاج النفسى ، فزاد اهتمامه بنظرية التعلم والإشراط الأمر الذى جعله أكثر فاعلية ونشاطا ، ثم اكتشف أن سلوكيات مرضاه ليست نتيجة مطلقة للتعلم والإشراط وإنما بدا له أن سلوكهم هو نتيجة للاستعدادات الاجتماعية والبيولوجية للإبقاء على أفكار واتجاهات غير منطقية .

وفى عام ١٩٥٥ بدأ إليس .Ellis, A طريقة لتطوير أسلوب منطقى للعلاج النفسى ، وقد بدأ الكتابة عن أسلوبه الجديد فى العلاج النفسى فى سلسلة مقالات بلورها فى كتاب نشر عام ١٩٦٢ بعنوان : التفكير والانفعال فى العلاج النفسى Reason and Emotion in Psychology ، وقد تلى ذلك العديد من المؤلفات عرض فيها المفاهيم الرئيسية للنظرية ، وكذا التطبيقات والممارسات العلاجية فى ذلك المنحى .

وإليس .Ellis, A لايدعى الأصالة فيما يتصل بالمبادئ والمفاهيم التى بنى عليها نظريته وأسلوبه فى العلاج ، مع أنه اكتشف كثيراً من خلال خبرته الخاصة إلا أنه يدرك أن هذه المفاهيم قد صيغت من قبل القدامى والمحدثين من الفلاسفة وعلماء النفس والمعالجين والمفكرين والاجتماعيين وغيرهم . (س . هـ . باترسون ، ١٩٨١ : ١٧٥)

حيث يعترف أن الأساس الهام لتناوله الجديد نقل عن المدرسة الرواقية * والتى كان من أبرز فلاسفتها أبيكتيوس والذى نقل عنه قوله : "إن الناس لاينزعجون فقط من الأشياء ولكن من الآراء التى يكونونها عنها"

(Neenan, M. & Dryden, W., 1996 : 213) .

وتؤكد أيضاً الفلسفة الرواقية على أن هناك علاقة وثيقة بين انفعال الفرد وطريقة تفكيره وأحكامه على الأمور ، وبالتالى فالإنفعالات السلبية مصدرها أحكام

* الفلسفة الرواقية : ظهرت فى أثينا سنة ٣٢٢ قبل الميلاد واستمرت حتى عام ٥٢٩ ميلادية وسميت بذلك الإسم لأن أقطاب هذه المدرسة كانوا يلقون دروسهم ويعقدون ندواتهم فى أورقة منقوشة . (عثمان أمين ، ١٩٧١ : ٤٦ - ٤٧)

خاطئة تجاه الأحداث ، فإنفعال الأسف منشؤه الإعتقاد بأن شيئاً وجد وكان يمكن أن لايوجد ، وانفعال الخوف منشؤه الإعتقاد بأن المستقبل غير محدد وغير مضمون .. وهكذا . (عثمان أمين ، ١٩٧١ : ٢٠٤ - ٢٠٥)

وقد أكد شكسبير على ما ذهب إليه الرواقيون حيث يقول فى مسرحية هاملت أنه " ليس هناك شئ طيب وشئ سيئ إنما التفكير ما يجعله كذلك " . (محمد عبدالظاهر الطيب ، ١٩٨٩ : ١٢٢)

ولم يقتصر إليس .Ellis, A على الإستفادة من آراء الفلاسفة القدامى وإنما استفاد أيضاً من آراء علماء النفس المحدثين أمثال آدلر وهورنى وسوليفان وروجرز ، وغيرهم ممن كان لهم أثر كبير فى صياغة نظرية إليس فى العلاج النفسى .

ولقد مر مصطلح "العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى" بمراحل تطور منذ بداية نشأته ، فلقد كان يسمى فى الأصل "العلاج العقلانى" للتأكيد على استخدام المنطق والعقل فى مواجهة الكرب الانفعالى ، ولكن بعض منفذى العلاج الجديد اتهموه بأنه يتجاهل الإنفعالات والسلوك كأدوات للتغيير البناء ، وانشغل بعمليات التفكير فقط ، وكان هناك آخرون يرون أنه شكل من العقلانية فهو "رؤية فلسفية بأن المعرفة بالعالم يمكن الحصول عليها من خلال المنطق فقط" ، ولكن حاول إليس,Ellis .A تجنباً لهذا الخلط تغير إسم علاجه العقلانى فى عام ١٩٦١ إلى " العلاج العقلانى الانفعالى" لأن المصطلح يعنى ضمنياً بهذا الشكل كما تؤكد نظرية العلاج العقلانى الإنفعالى أن التفكير والإنفعالات البشرية مرتبطتان ببعضهما فبتغير الأول تتغير الثانية ثم تغير المصطلح مرة ثالثة عام ١٩٩٣ إلى " العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى" حيث يعكس الإسم الجديد ثلاثة أنماط للتعامل مع الاضطراب الإنفعالى ، فهو يشير إلى أن الأفراد يجب أن يفكروا ويشعروا ويعملوا ضد معتقداتهم غير العقلانية إذا أرادوا أن يحدثوا تغييراً بناءً فى حياتهم . (Neenan, M. & Dryden, W., 1996 : 213 , 233)

أهداف العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

إن العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يهدف فيما أورد لويس مليكه (١٩٩٠ : ١٨٥) إلى إكساب العميل " الاستبصار" على ثلاث مراحل ، وهى :

أولا : فهم ارتباط الشخصية الخاذلة لذاتها بأسباب سابقة تكمن أساساً فى معتقدات الفرد وليس فى إطار أحداث نشطة حاضرة أو فى الماضى .

ثانيا : أن يفهم العميل أنه بالرغم من أنه كان مضطرباً انفعالياً - أو بوجه أدق جعل نفسه مضطرباً - فى الماضى إلا أنه مضطرب الآن أيضاً لأنه مازال يفرض على نفسه نوعاً من المعتقدات الخاطئة وأنه لازال يدعمها بنشاط فى الحاضر عن طريق تفكيره المختلط وأفعاله اللاعقلانية . فإذا لم يعترف العميل اعترافاً كاملاً فى هذا النوع الثانى من الاستبصار بمسئوليته عن استمرار هذه المعتقدات اللاعقلانية ومواجهتها فإنه من غير المحتمل أن يحاول التخلص منها .

ثالثا : اعتراف العميل بوضوح تام بأن نزعته للتفكير هى التى خلفت اضطرابه الإنفعالى .

ويشير نينان ودرايدن Neenan, M. & Dryden, W. (١٩٩٦ : ٢١٩) إلى أن العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى لايهدف فقط إلى مجرد إزالة أعراض العملاء ولكنه يحدث أيضاً تغييراً عميقاً فى فلسفاتهم الأساسية فى الحياة ، ولتحقيق هذه الغاية يتعلم العملاء ليس فقط كيف يكونون أفضل من خلال تخفيف اضطراباتهم الإنفعالية كالقلق والإكتئاب والشعور بالذنب ، ولكنه يوضح كذلك كيف يتحسنوا بالتعرف على الإعتقادات الجوهرية المحدثة للاضطراب وإزالتها .

ولقد وضع إليس وبرنارد Ellis, A. & Bernard, M. (١٩٨٥ : ٧٠ - ٧١) عدداً من الأهداف الخاصة بالعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى التى يعتبرونها من المعايير التى تبنى عليها الصحة النفسية للفرد وهى :

١- **الإهتمام بالذات :** فالعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يهدف إلى وضع مصالح الشخص قبل مصالح الآخرين ولكن دون أن يكون أنانياً .

٢- **التوجيه الذاتى :** أن الفرد عليه أن يتولى مسئولياته الخاصة بدون الإعتماد إلى حد كبير على دعم الآخرين .

٣- **التحمل المرتفع للإحباط :** فالفرد عليه أن يتحمل عدم الإرتياح والكرب بدون أن يصبح مضطرباً انفعالياً .

٤- **المرونـــــــة :** فالإنسان عليه أن يكون متفتحاً وقابلاً للتكيف مع أفكاره وتصرفاته .

٥- **الإلتزام بالأهداف الخلاقة :** أن يكون للشخص اهتمامات خارجية بدلاً من الإغراق فى التوجه المفرط نحو الذات .

٦- **التفكير العلمى :** فالإنسان عليه أن يقوم بدراسة الأدلة على اعتقاداته حتى يصبح أكثر موضوعية فى أمور حياته .

٧- **قبول تقلبات فى الحياة :** فالشخص يستطيع أن يبقى سعيداً نسبياً برغم عدم التأكد مما سوف يجلبه له المستقبل .

٨- **قبول الذات :** فيجب أن يتقبل الإنسان نفسه بشكل غير مشروط بدلاً من أن يربط هذا القبول بعوامل خارجية .

٩- **قبول المخاطـــرة :** فالحياة تصبح أكثر إثارة أو مغامرة من خلال المخاطرات المحسوبة وغير الحمقاء .

١٠- **السعى طويل المدى نحو اللذات :** من خلال تحقيق توازن بين التمتع بسعادة اللحظة والتخطيط للمستقبل بشكل بناء .

١١- **عدم المثاليـــة :** من خلال قبول ما هو واضح تجريبياً ، ويمكن تحقيقه فى الحياة بدلاً من السعى وراء المدينة الفاضلة أو الوصول إلى الكمال .

١٢- **المسئولية الذاتية عن الإضطرابات الإنفعالية :** فالشخص عليه أن يعلم أنه المسئول بدرجة كبيرة عن اضطراباته الإنفعالية بدلاً من لوم الآخرين أو الظروف خارجية .

جوهر نظرية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

قدم إليس .Ellis, A (١٩٧٣ : ٥٦ - ٦٠) نموذج ABC ليوضح تطور الإضطراب الإنفعالى ، واستند فى بنائــه لهذا النموذج على افتراض رئيسى وهو أن الإضطرابات النفسية إنما هى نتاج للتفكير غير العقلانى الذى تبناه الإنسان ، لذا فهو يعتقد أن السبيل إلى الحد من المعاناة النفسية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية ، فهو يرى أن المشكلات النفسية لاتنجم عن الأحداث والظروف

بحد ذاتها وإنما عن تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف ، ويوضح إليس ذلك من خلال عرض العلاقة بين المكونات ABCDE ويمكن توضيح هذه المكونات كالتالي :

(A) الحدث المنشط	(A) Activity or Action
(B) المعتقدات وهى نوعان :	(B) Belives
(IB) المعتقدات غير العقلانية	(IB) Irrational Belives
(RB) المعتقدات العقلانية	(RB) Rational Belives
(C) النتائج وهى نوعان :	(C) Consequences
(IC) نتائج غير عقلانية	(IC) Irrational Consequences
(RC) نتائج عقلانية	(RC) Rational Consequences
(D) الدحض والتفنيد	(D) Disputing
(E) الأثر أو التأثير (التغير الحادث)	(E) Effect
(CE) تأثير معرفى	(CE) Cognitive Effect
(BE) تأثير سلوكى	(BE) Behaviour Effect

الشكل (٢) يوضح العناصر الرئيسية فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى

وقسم إليس .Ellis, A النموذج السابق إلى شقين :

الشق الأول : وهو الشق المرضى الذى يضم (A - IB - IC) والذى يتضح من خلاله الاضطراب الإنفعالى أو المواقف والسلوكيات الإنهزامية .

أما الشق الثانى : وهو الشق العلاجى والذى يضم (A - RB - RC - D - CE - bE) والذى يتم خلاله تفنيد المعتقدات اللاعقلانية للوصول إلى التأثير المعرفى والسلوكى .. الشكل (٢) يوضح كلا الشقين المرضى والعلاجى .

وفيما يلى عرض مركز لهذه النظرية :

يرى إليس .Ellis, A (١٩٧٦ : ٢٧٤ - ٢٧٧) أنه إذا حدث لفرد ما

نشاط أو تصرف مثير عند النقطة (A) مثل " مقابلة هامة من أجل الحصول على وظيفة " .

فإننا نجد هذا الشخص إما أن يكون لديه اعتقاد غير عقلانى (IB) بشأن هذا النشاط أو الحدث الذي يحدث عند النقطة (A) ، فنجده يعبر عن اعتقاده غير العقلانى بقوله : "إذا رُفضت في مقابلة الوظيفة سيكون ذلك كارثة" ، فهذا الإعتقاد ينص على أو يعنى ضمنياً أنه "يجب" أو "ينبغى" بأن يحصل على ما يريد لأنه يعتقد أن رفضه فى الوظيفة كارثة وأمر بشع ، فهو يعتقد صراحة وضمناً أنه ينبغى أو يجب أن يقبل فى تلك المقابلة .

لذلك نجد ذلك الشخص يشعر بمشاعر غير عقلانية عند النقطة (IC) فنجده يردد " أنه ستكون كارثة إذا رفضت في المقابل ، لن أستطيع تحمل ذلك ! كم سأكون تافهاً عندئذ ! ينبغى أن أؤدى بشكل جيد فى هذه المقابلة الهامة !" وهنا يشعر الفرد بالقلق وكراهية الذات والتحسر على الذات ويمر بردود فعل مختلة نفسياً وجسدياً مثل ارتفاع ضغط الدم والقرح ويصبح متحفزاً للدفاع ويفشل فى أن يرى أخطاءه فى هذه المقابلة ويلقى باللوم على عوامل خارجية لفشله ، ويعانى من الأعراض المضطربة أو العصابية .

أما إذا كان الشخص يتبنى اعتقاداً عقلانياً (RB) بشأن هذا الحدث أو النشاط الذى يحدث عند النقطة (A) ، نجده يعبر عن ذلك بقوله "سيكون من سوء حظى إذا رفضت فى مقابلة الوظيفة" . وهنا يشعر بعواقب أو نتائج أو مشاعر عقلانية (RC) لاعتقاداته العقلانية (RB) ، فنجده إذا فشل فى الحصول على تلك الوظيفة فإنه يشعر بمشاعر وتصرفات مناسبة لهذا الحدث كالشعور بالإحباط أو الحزن أو الأسى أو خيبة الأمل للموقف الذى حدث عند النقطة (A) .

وهذه هى الـ ABC للاضطراب الإنفعالي أو المواقف والسلوكيات الإنهزامية طبقاً لنظرية العلاج العقلانى الإنفعالى ، وعلاجياً فإن هذه الـ ABC تتخطى ذلك إلى (D) والتى تعتبر الجوهر العقلانى لطريقة العلاج ، والتى تصل بالفرد إلى التأثير (E) وهو الصحة النفسية .

فعند النقطة (D) يمكن أن يتعلم الفرد أن يعارض معتقداته غير العقلانية

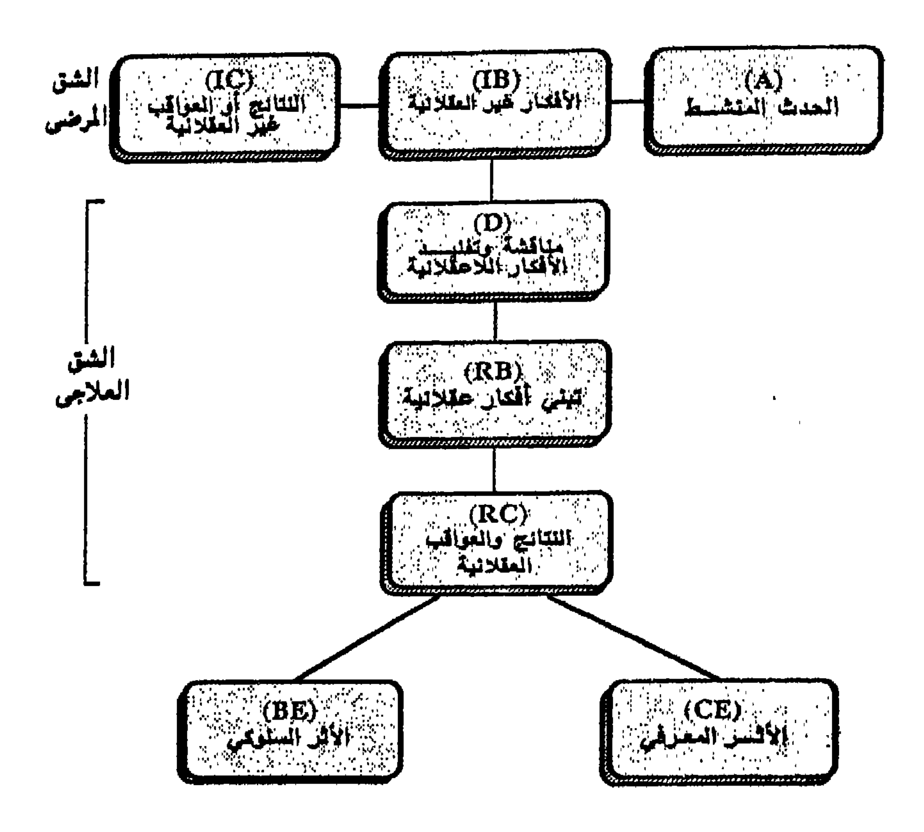
(IB) وبذلك يمكنه أن يسأل نفسه : "لماذا يكون رفضى فى المقابلة كارثة ؟ كيف يمكن لمثل هذا الرفض أن يحطمنى ؟ كيف لا أستطيع تحمل خسارة تلك الوظيفة بالذات ؟ أين الدليل على أننى ساكون تافهاً إذا رفضت ؟ لماذا ينبغى أن أؤدى بشكل جيد فى هذه المقابلة الهامة ؟ " ، وهكذا إذا عارض الفرد باستمرار وبقوة أفكاره غير العقلانية (IB) التى تسبب له العواقب غير المناسبة (IC) فإنه سيرى إن عاجلاً أو آجلاً إنه يمكن إثبات عدم صحتها وأنها ليست على أساس تجريبى وخرافية ، كما أنه سيكون قادراً على تغييرها ورفضها .

وعند النقطة (CE) من المرجح أن يحصل الفرد على تأثير عقلانى لمعارضة معتقداته غير العقلانية (IB) وبذلك إذا سأل نفسه " لماذا ستكون كارثة إذا رفضت فى هذه المقابلة ؟ " نجده يجيب : "إنها ليست كارثة ، وإن كان ذلك سيكون غير مناسب فقط" ، وإذا سأل "كيف سيدمرنى مثل هذا الرفض ؟" فإنه سيجيب : "إنه لن يدمرنى ، وإنه سيحبطنى فقط" ، وإذا سأل نفسه : "لماذا لا أستطيع أن أتحمل خسارة هذه الوظيفة بالذات ؟ فإنه يقول لنفسه : "بل أستطيع ، صحيح أننى لن أحب ذلك ولكننى أستطيع تجاوز هذا بسهولة " .. وهكذا .

وعند النقطة (bE) من المرجح أن يكون الفرد قد حصل على التأثيرات السلوكية المعارضة لمعتقداته غير العقلانية (IB) وبذلك فإنه سيميل إلى أن يكون أقل قلقاً بكثير بشأن المقابلة التالية من أجل الوظيفة ، ويصبح أقل كراهية للذات وأقل تحسراً على النفس وأقل هياجاً ، ليس هذا فحسب بل سوف يكرس نفسه بشكل بناء للنجاح فى تلك المقابلة والقيام بإجراءات أخرى من شأنها تحسين حالته المهنية إذا فشل فى تلك المقابلة .

وهكذا نجد أن العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يوظف بشكل كبير المواجهة الفلسفية المباشرة ، حيث يوضح المعالج للعملاء بشكل نشيط أنهم فى كل مرة يمرون فيها بانفعال أو سلوك أو عاقبة مختلة عند النقطة (C) كيف أنها تنبع فقط بشكل غير مباشر من تفسيراتهم أو فلسفتهم أو مواقفهم أو معتقداتهم عند النقطة (B) . وبعد ذلك يعلم المعالج العملاء كيفية معارضة هذه المعتقدات علمياً (تجريبياً ومنطقياً) عند النقطة (D) ، وأن يستمروا فى هذه المعارضة حتى يخرجوا عند النقطة (E) بمجموعة من التأثيرات العقلانية المحسوسة (CE) والتأثيرات السلوكية المناسبة

(BE) . وعندما يكونون قد استمروا لفترة ما من الوقت عند النقطة (RC) ، فإن العملاء يكون لديهم موقف فلسفي متغير تجاه أنفسهم والآخرين وتجاه العالم ، وبعد ذلك يكونون أقل تعرضاً لإقناع أنفسهم بالمعتقدات غير العقلانية (IB) ومن ثم لإحداث عواقب غير مناسبة (IC) أو اضطرابات انفعالية .



الشكل (٣) يوضح الشق المرضى والعلاجى فى نظرية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى

الأفكار اللاعقلانية :

يميز المعالجون العقلانيون الإنفعاليون السلوكيون بين نوعين من الأفكار :

- **الأفكار العقلانية :** تلك التى تشجع على البقاء والسعادة ، ويرجع أن تجد دعماً

تجريبياً فى البيئة وتعبر عن التفضيلات وتنتهى بالفرد إلى النضج الإنفعالى والخبرة والعمل البناء .

- **الأفكار غير العقلانية :** تلك التى لايرجح أن تجد دعماً تجريبياً وتعكس واجبات وأوامر مثلاً "يجب أن أؤدى بشكل جيد وأحوز القبول وإلا سوف أعتبر شخصاً فاسداً" ، ويصحب هذه الأفكار فى الغالب لإضطرابات الإنفعالية كالعصاب والذهان .. وغيرها .

(Haaga, D. & Davison, G., 1993 : 215)

ولقد أفرد إليس Ellis, A. (١٩٦٢ : ٦٠ - ٨٨) لهذه الأفكار فصلاً فى كتابه "العقل والانفعال فى العلاج النفسى" تحت عنوان "الأفكار اللاعقلانية التى تؤدى إلى الاضطراب الانفعالى" وهى كما يلى :

- الفكرة الأولى : **"هناك ضرورة ملحة لأن يكون الشخص البالغ محبوباً ومستحسناً من جميع المحيطين به فى مجتمعه" .**

يرى إليس أن هذه الفكرة قد تكون صحيحة مع الأطفال الذين يحتاجون إلى الحب والاستحسان ، ولايوجد شك فى حاجة البالغين أيضاً للحب والاستحسان ، ولكن عدم منطقية الفكرة تبدو فى الإصرار على الحصول على حب كل الناس فهذا غير ممكن ونادر الحدوث . أما **الشخص العقلانى** هو الذى يرى أنه من المحبب ولكن ليس من الضرورى أن يحبه الناس ، ولكن من الأحسن أن يحظى باحترامه لنفسه بدلاً من استحسان الآخرين له وهو من لايضحى باهتمامته ورغباته فى سبيل تحقيق هذه الغاية .

- الفكرة الثانية : **"أن الشخص يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة المثالية ويحرز تقدماً وإنجازات فى جميع المجالات حتى يمكن اعتباره إنساناً ذا قيمة" .**

فالعديد من الناس يؤمنون إنه إذا لم يكونوا على درجة كبيرة من الكفاءة المثالية ويحرزون تقدماً فى كل المجالات فإنهم إذن عديمو النفع ، ومن الأفضل لهم أن يموتوا . وهذا طبعاً تفكير غير منطقى لأنه من الصعب بل من المستحيل تحقيق ذلك بشكل كامل ، بل إن التمسك بها يؤدى بالفرد إلى الشعور الدائم بعدم القيمة والخوف من المستقبل . أما **الشخص العقلانى** هو من يحاول أن يحقق ذلك

من أجل نفسه لا من أجل الحصول على تقدير الآخرين ، وفي الوقت نفسه يعلم أنه ليس هناك إنسان كامل .

- الفكرة الثالثة : **" هناك بعض الأشخاص يتسمون بسوء الأخلاق والشر والحقد ولذا يجب عقابهم وإلقاء اللوم عليهم لسوء أخلاقهم ولكونهم أشراراً " .**

فبعض الأشخاص يتضايقون ويغضبون لأنهم يعتقدون أن هناك أشخاصاً معينون يتصفون بالشر ويرتكبون أفعالاً غير أخلاقية ، وأن الطريقة الوحيدة لمنعهم من التصرف بعدوانية هو إلقاء اللوم عليهم ومعاقبتهم ، وهذا بالطبع تفكير غير منطقى لأنه لايوجد معيار للصواب والخطأ وكل الناس معرضون لارتكاب الخطأ . وعادة لايؤدى التأنيب والعقاب إلى تحسين سلوكهم بل قد يزيد سلوكهم سوءاً . والشخص العقلانى هو من لايلوم الآخرين ولايلوم نفسه ، ولكنه يوجهها ويعترف بأخطائه ويقبلها ولايعتبرها كارثة تؤدى به إلى الشعور بعدم الأهمية .

- الفكرة الرابعة : **"أنه لفظيع ومأساوى أن تجرى الأمور بخلاف مايريد الشخص" .**

بعض الناس يصبحون تعساء ومكدرين عندما تحدث الأمور على خلاف ما كانوا يريدون أو عندما يكون العالم على غير ما كانوا يريدون ، وهؤلاء الناس يحبطون عندما لايحصلون على ما يريدون، وهذا بالطبع غير منطقى لأسباب عديدة منها :

١- لايوجد سبب يجعل الأمور تختلف على ما هى عليه فى الواقع .

٢- إن الحزن والضيق الذى يشعر بهما الفرد نادراً ما يثيران الموقف ولكنهما يزيدان الأمر سوءاً .

٣- إذا كان من المستحيل عمل شئ بالنسبة لهذا الموقف ، فإنه من المنطقى أن نتقبل هذا الموقف .

٤- ليس من الضرورى أن يؤدى الإحباط وبصفة خاصة إذا لم يبالغ الفرد فى تقدير المواقف غير السارة فهذه المواقف قد تثير الاضطراب الانفعالى ولكنها ليست مفزعة ولاتمثل نكبة إلا إذا نظر إليها الفرد على هذا النحو .

والشخص العقلانى الذى يفكر بطريقة منطقية هو الذى يحاول أن يغير أو يسيطر على الظروف حتى تصبح مرضية أكثر ، وإذا كان هذا غير ممكن فعليه أن يتقبلها على ما هى عليه .

الفكرة الخامسة : **" إن التعاسة الإنسانية سببها خارجي وأن الناس ليس لديهم القدرة على التحكم في أحزانهم واضطراباتهم " .**

فيبدو أن معظم الناس يعتقدون أن الأشخاص الآخرين والأحداث المحيطة بهم تسبب لهم التعاسة ولو كانت هذه القوى الخارجة مختلفة عما هي عليه لكان من الممكن أن يكونوا سعداء ، فهم يعتقدون أنهم لايستطيعون التغلب على الشعور بالتعاسة عندما تحدث ظروف مؤسفة وأنهم يفقدون القدرة على السيطرة على أنفسهم أو على عواطفهم في مثل تلك الظروف ، وهذه بالطبع فكرة غير منطقية لأن هذه القوى والأحداث الخارجية لاتكون ضارة إلا إذا سمح الفرد لنفسه أن يتأثر بها نتيجة لاستجاباته واتجاهاته ، أما الشخص العقلاني فيعرف أن التعاسة تأتي من داخله ، وأنه بينما تأتي الإشارة والمضايقة من الخارج فهو يدرك أنه من الممكن تغيير ردود أفعاله نحوها ، وذلك بإعادة النظر فيها وتغيير تعبيراته الداخلية .

- الفكرة السادسة : **" إذا كان هناك شئ خطير أو مخيف فيجب على الشخص أن يكون مهتماً بشدة ، وأن ينغمس في احتمال حدوثه " .**

فبعض الناس يؤمنون بإصرار بأنهم إذا تعرضوا للخطر أو إذا كان هناك احتمال وقوع حدث مخيف فلابد أن يظلوا قلقين بشأن هذا الخطر ، وهذه أيضا فكرة لاعقلانية لأن انشغال البال والقلق يحولان دون التقويم الموضوعي لإمكانية وقوع الأحداث التي نخشاها ، ويمنعنا أن نتعامل معه ونواجه بفعالية إذا حدث وأيضا قد يؤدي إلى وقوعه بالفعل ، وأخيراً يجعل الأحداث تبدو أكبر من حجمها الحقيقي وأكثر خطورة على ما هي عليه في الواقع ، بينما نجد **الشخص العقلاني** ذا التفكير المنطقي يدرك أن توقع الأخطار لايمنع من وقوعها وإنما يؤدي به إلى الهم والقلق ، ويدرك أيضا أن الأشياء الخطيرة ينبغي ممارستها ما لم تنطو على أضرار حتى يتخلص من الخوف من أشياء لاتخيف في الحقيقة .

- الفكرة السابعة : **"من الأسهل تفادي صعوبات معينة في الحياة وتفادي تحمل المسئوليات الشخصية بدلاً من مواجهتها" .**

عديد من الناس يشعرون أنه من الأسهل عليهم القيام بالأشياء السهلة البسيطة

والممتعة وتفادى الصعوبات المختلفة فى الحياة بما فيها تحمل المسئوليات الشخصية ، وهذه فكرة خاطئة لأن تجنب الصعوبات وتحمل المسئولايات يزيد من حجم المشكلات ، ويؤدى إلى الشعور بعدم الرضا وفقدان الثقة بالنفس والشخص العاقل هو الذى يؤدى ما عليه دون شكوى أو ألم ، وهو الذى يعلم أن الطريق الأسهل فى الحقيقة هو الطريق الأصعب على المدى الطويل .

- الفكرة الثامنة : **" يجب أن يعتمد الشخص على الآخرين ، ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه يستطيع الاعتماد عليه "** .

فكثير من الناس يعيشون معتمدين على غيرهم ، بل أنهم يبحثون دائما على شخص أقوى منهم للاعتماد عليه ، وهذا بالطبع تفكير غير منطقى لأنه لايوجد سبب يجعل الفرد أن يعتمد على الآخرين لهذه الدرجة الكبيرة لأن ذلك يؤدى إلى فقدان استقلاله الذاتى ، **والشخص العقلانى** هو من يسعى إلى الاستقلالية الذاتية ، ولكنه فى الوقت نفسه لايرفض مساعدة الآخرين مادامت هناك ضرورة لذلك .

- الفكرة التاسعة : **" إن التاريخ الماضى لأى شخص هو الشئ الوحيد المهم والمحدد لسلوكه"**

فالعديد من الناس يؤمنون بأنه إذا أثر شيئ ما على حياتهم فى الماضى فيجب أن يظل مؤثراً للأبد ، إلا أن التفكير على هذا النحو يصبح غير منطقى فما كان يعتبر سلوكاً ضرورياً فى الماضى فى ظروف معينة ليس من الحتمى أن يكون كذلك فى الحاضر ، كذلك فإن الحلول التى وضعت للمشكلات الماضية لاتكون ملائمة للمشكلات الحالية ، **فالشخص العقلانى** هو من يدرك أن للماضى أهميته ولكنه فى الوقت نفسه يدرك أن الحاضر يمكن تفسيره عن طريق تحليل آثار الماضى التى تجعله يسلك على هذا النحو فى الوقت الحالى .

- الفكرة العاشرة : **"يجب أن يصبح الشخص مهموماً تماماً بمشاكل الآخرين واضطراباتهم"**

فالعديد من الناس يعتقدون أن ما يفعله الآخرون يعتبر مهما جداً لوجودهم على هذا النحو ، ويجب عليهم أن يكونوا مهمومين بشدة بمشاكل واضطرابات الآخرين،

وهذا اعتقاد خاطئ فمشكلات الآخرين يجب ألا تكون مصدراً لقلقنا أو ضيقنا ، وعندما يصبح الفرد مهتماً بمشاكل الآخرين فإن هذا غالبا ما يؤدى إلى إهمال مشاكله الخاصة ، أما **الشخص العقلانى** فهو الذى يساعد الآخرين فى حل مشاكلهم دون أن يسبب له ذلك الاضطراب والقلق ، وإذا لم يكن بوسعه فعل ذلك فإنه ينبغى أن يتقبل هذا ويحاول أن يخفف من آثاره بقدر استطاعته .

- الفكرة الحادية عشر : **" هناك دائما حل كامل لمشاكل البشر ، وأنه لمأساة حقيقة إذ لم يتم العثور على هذا الحل الكامل" .**

فكثير من الناس يعتقدون أنه لابد من وجود حل مثالى كامل للمشاكل التى تواجههم وأنهم لو عاشوا فى عالم غير كامل - به نقائص - فمن المؤكد أنهم لن يستطيعوا العيش بسعادة ، وهذه فكرة أيضا غير عقلانية لأنه ليس هناك حل مثالى أو كامل دائما ، بل إن محاولة العثور على هذا الحل يقود الفرد إلى القلق والاضطراب ، بل إن السعى وراءه ينتج حلولاً ضعيفة وسيئة ، **والشخص العقلانى** يحاول أن يجد حلولاً متنوعة للمشكلات التى يواجهها وأن يتقبل أفضلها ويسلم بأنه لايوجد حل مثالى لأى مشكلة .

وهذه هى الأفكار التى يرى إليس .Ellis, A أنها تسيطر على عقول الكثيرين فى المجتمع الغربى وتؤدى إلى انتشار العصاب على نطاق واسع بين الأفراد .

غير أن إليس .Ellis, A (١٩٧٧ : ٢٧) تلص إعتقاداته غير العقلانية الإحدى عشر إلى ثلاث فئات وجوبية أساسية هى : المتطلبات على الذات "يجب على"، والمتطلبات على الآخرين "يجب عليك" ، والمتطلبات على ظروف العالم أو الحياة "يجب أن تكون ظروف الحياة .. "

ويرى نينيان ودرايدن .Neenan, M. & Dryden, W (١٩٩٦ : ٢٢٢) أن من هذه الوجوبيات الأساسية تتدفق ثلاثة مشتقات رئيسية تلعب دوراً هاماً فى المساهمة فى الإنفعالات والسلوكيات المتخاذلة وهى :

- **البشاعة :** أى رؤية الأحداث على أنها أسوأ مما يمكن تحملها .
- **عدم القدرة على تحمل الأحباط :** والتى تتعلق بعدم القدرة على تحمل المضايقات المختلفة للحياة .

- اللعن : نظرة الشخص لنفسه وللآخرين على أنهم عديمى القيمة أو عديمى النفع .. نتيجة الفشل والرفض فى الحياة .

وأضاف عبدالستار ابراهيم (١٩٨٣ : ١٧١) فكرتين غير عقلاينتين إلى الأفكار التى وضعها إليس .Ellis, A وتؤديان إلى الاضطراب النفسى ، وهما :

١- إن السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد .

٢- على الإنسان أن يضع متطلبات صارمة على عمله وأدائه وتصرفاته وأنه من الفظيع أن يحيد عن المتطلبات التى وضعها .

كذلك أضاف سليمان الريحانى (١٩٨٥ ، ٨٤) فكرتين غير عقلاينتين ، ولهما شيوع فى مجتمعنا العربى وهما :

١- ينبغى أن يتسم الشخص بالرسمية والجدية فى تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانه محترمة بين الناس .

٢- لاشك فى أن مكانة الرجل هى الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة .

ويضيف عبدالستار ابراهيم (١٩٩٤ : ٤١٥ - ٤١٨) أساليب أخرى للتفكير الخاطئ التى تؤدى إلى القلق والاضطراب الانفعالى وهى :

(١) المبالغة :

تظهر المبالغة فى إخفاء دلالات مبالغ فيها عند التعامل (أو الإقبال على التعامل) مع العالم أو الواقع ، وذلك كتصور الخطر والدمار ، فالشخص القلق يتوقع دائما الشر لنفسه ولأسرته أو لممتلكاته ويتوقع أن يفقد مركزه أو وظيفته أو الأشخاص المهمين فى حياته ، ويبالغ فى تصور خبرات قد تكون محايدة فى علاقاته بأصدقائه أو أقاربه أو رؤسائه أو أسرته ، فمرض أحد أفراد الأسرة قد يعنى أن هذا الشخص سيوشك على الموت ، وتجاهل الآخرين له - ولو كان غير مقصود - وعدم مبادلته التحية ، يعنى إحتقار له أو مؤامرة تحال ضده .

(٢) التعميم :

يعتبر التعميم المتعسف من حادثة جزئية إلى حوادث أخرى ، من الأخطاء

الفكرية التى تبين أنها تلعب دوراً حاسماً فى حالات العصاب ، فإذا فشل الفرد فى تحقيق هدف ولو صغير فإن هذا يعنى لديه : "أننى إنسان فاشل لايحسن التصرف" وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى : " أنه لاتوجد صداقة وأن العلاقات الإنسانية مزيفة" .. وهكذا .

(٣) التوقعات السلبية السيئة :

بدون وجود التوقعات السلبية يصعب وصف الشخص بالقلق ، فقد يميل الشخص إلى التعميم والتطرف ولكن توقعاته تميل للتفاؤل والإيجابية ، وهذا يصعب علينا أن نصفه بالقلق والعصابية فقد يوصف بالتفاؤل أو السذاجة لكن ليس بالقلق والتوجس ، فالحكم على الشخصية بالقلق أو العصابية يحتاج إلى التعرف على طبيعة التوقعات التى ينسجها الشخص .

(٤) الميل إلي إدانة الآخرين :

عندما لاتسير الأمور بالشكل الذى يجب أن تسير فيها يميل العصابى إلى إدانة الآخرين ولومهم . فالعصابى يفسر تأخره عن المواعيد الهامة برده إلى الزحام وسوء المواصلات والطالب الجامعي يعزو فشله فى الامتحان لتعنت أساتذته وعدم رأفتهم وتقديرهم لظروفه الخاصة .

(٥) أخطاء الحكم والاستنتاج :

فى كثير من حالات القلق يكون الاضطراب ناتجاً عن خطأ فى تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة أو نتيجة لوجود سياق مختلف . فالطالب الذى ينهره أستاذه بسبب سوء التصرف ويعزف عن الدراسة يقوم بعملية استنتاج خاطئ إذاكان السبب فى عزوفه عن الدراسة نابعا من فكرته عن نفسه بأنه غير محبوب من أساتذته .

وهكذا يتبين من العرض السابق أن هناك مجموعة من الأفكار اللاعقلانية التى يتمسك بها البشر بصفة عامة - تلك التى حددها إليس .Ellis, A - والتى تسبب لهم العديد من الاضطرابات النفسية والتى من بينها القلق . لكن إلى جانب ذلك فهناك عدد آخر من الأفكار اللاعقلانية التى تختص بها فئات معينة دون غيرها تعرف

" بالأفكار النوعية " كالفكرتين التى عرضهما سليمان الريحانى (١٩٨٥) والتى تميز المجتمع العربى عن غيره من المجتمعات الأخرى .. ومن هنا كان اهتمام هذه الدراسة بالبحث عن الأفكار اللاعقلانية التى تميز فئة ذوى الإعاقة البصرية عن غيرهم ، وقد أسفرت الدراسة فى هذا الميدان إلى الخروج بعدد من الأفكار التى تخص تلك الفئة دون غيرها والتى تتعلق بفكرتهم عن أنفسهم وعن الآخرين والعالم المحيط (وسوف يتم عرض هذه الأفكار فى إطار بناء مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية) .

خطوات العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى :

يمر العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى بأربع خطوات رئيسية هى :

- **الخطوة الأولى** : فى هذه العملية هى أن يبين المعالج للعملاء أنهم غير منطقيين وأن يساعدهم على فهم كيف ولماذا أصبحوا كذلك ، وأن يوضح لهم العلاقة بين أفكارهم غير المنطقية وتعاستهم واضطرابهم الانفعالى ، وإذا كانت معظم طرق العلاج النفسى تقوم بذلك إلا أنها من ناحية تفعله بطريقة سلبية وغير مباشرة ، ومن ناحية أخرى تتوقف عن الاستمرار فى ذلك فى المراحل التالية من العلاج .

- **الخطوة الثانية** : إن المعالج الذى يستخدم العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى يتجاوز هذه المرحلة بأن يظهر للعملاء بأنهم يستمرون فى اضطرابهم لاستمرارهم فى التفكير بطريقة غير عقلانية ، أى أن تفكيرهم غير المنطقى المستمر معهم فى الوقت الراهن هو المسئول عن حالتهم ، وليست التأثيرات المستمرة للأحداث السابقة (النشطه) .

- **الخطوة الثالثة** : يقوم فيها المعالج بجعل العملاء يغيرون تفكيرهم ويقلعون عن الأفكار غير المنطقية وبينما تعتمد الطرق الأخرى فى العلاج على العملاء أنفسهم فى القيام بذلك - كالعلاج المتمركز حول العميل لكارل روجرز - إلا أن العلاج العقلانى يقرر أن التفكير غير المنطقى يكون مغروساً فى العملاء لدرجة لايمكن للعميل أن يغيره اعتماداً على نفسه .

- **الخطوة الرابعة** : يتجاوز المعالج مرحلة التعامل مع الأفكار غير المنطقية بشكل

محدود ويبدأ الأخذ فى اعتباره الأفكار غير المنطقية العامة ، بالإضافة إلى تبنى فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن للعملاء أن يتحاشوا الوقوع ضحية أفكار أخرى غير منطقية . (محروس الشناوى ، د ت : ١٠٩ - ١١٠)

ويصف إليس .Ellis, A (١٩٩١ ، ٥ - ٨) الطرق العلاجية غير الفعالة أو غير المفيدة والتى تؤدى إلى اضطراب العلاقة العلاجية ، وقد حددها فى النقاط التالية :

١- المبالغة فى منح الدفء من جانب المعالج غالبا ما يزيد من حاجة العميل إلى الحب ويقلل معدل تحمله للإحباط ، بل أنه يصبح أكثر تشويشا واضطرابا بدلاً من أن يقلل ذلك ، ويزيد أيضا من اعتماده على المعالج .

٢- السماح للعملاء بأن يتكلموا بلا انقطاع عن مشاعرهم بشكل مُطرل ، مما قد يضرهم أكثر مما قد ينفعهم ، لذا يجب تشجيعهم على دراسة الأفكار التى تسبب هذه المشاعر والتى تسبق الانفعال (كالقلق والاكتئاب) .

٣- السماح للعملاء بالحديث فى التفاصيل الكثيرة عن الأحداث النشطة ، فبعض العملاء يسهبون فى وصف الأحداث النشطة والتعيسة فى حياتهم ، وبالرغم من أن ذلك يساعدهم على تنفيس ما لديهم من مشاعر مؤلمة إلا أنه يؤدى إلى شعور مؤقت بالتحسن وليس الشفاء ، مما يجعله مضيعة للوقت ولذا يجب مساعدتهم على تلخيص الأحداث النشطة والتركيز أكثر على أفكارهم اللاعقلانية والعواقب العاطفية والسلوكية الخاصة بهذه الأفكار .

٤- الإسهاب فى التفكير الإيجابى ، فبعض المعالجين يستخدمون التفكير الإيجابى التصورى (التخيلى) ويجعلون العميل يردد : " أنا أستطيع القيام بذلك العمل أفضل إذا حاولت " ، "لن أظل مرفوضاً دائما ولكن سأكون مقبولاً إذا حاولت الوصول إلى الناس " .. إلى غير ذلك من التصريحات ، لكن هذا النوع من الإسهاب فى التفكير الإيجابى له عدة مساوئ منها :

أ - أحيانا يكون العميل متحمساً أكثر من اللازم ولكنه فى الوقت نفسه غير نشيط وينتهى به الأمر إلى الأوهام .

ب- أحيانا يساعد التفكير الإيجابى على الإنجاز ولكنه يدل على أن الفرد لابد أن ينجح ويقره الجميع وإلا سيكون عديم القيمة وهنا مكمن الخطر .

٥- خطأ المعالج فى تعديل موضع التحكم إلى قوة خارجية أو قوة عليا بدلاً من داخل الفرد. ولتفادى هذه الطرق غير الفعالة فى العلاج ، فقد وضع إليس .Ellis, A قائمة لما يعتبره من أهم خصائص العلاج الجيد وهذه القائمة تضم ما يلى :

١- **الإيجاز :** بمعنى تحقيق تغيير بناء من خلال جدول زمنى قصير نسبياً .

٢- **العمق :** أى التركيز على الأسباب العميقة لمشكلة العميل بالإضافة إلى زيادة فهمه لكيفية ازعاجه لنفسه ودور الأفكار الوجوبية التى يتمسك بها العملاء فى ذلك الاضطراب .

٣- **الانتشار :** بمعنى أن التعامل لايتم فقط مع أعراض العميل ولكنه يتم أيضا مع مجالات المشاكل الأخرى فى حياته ، حيث يقدم له تناولاً علاجياً طوال العمر .

٤- **التوسع :** أى مساعدة العملاء من خلال العلاج المكثف لتقليل كربهم الانفعالى من خلال العلاج الموسع لتحقيق أقصى إمكانية لحياة أسعد وأكثر إشباعاً .

٥- **الدقـــة :** بمعنى انتقاء طرق علاجية متعددة الأنماط سواء أكانت معرفية أو انفعالية أو سلوكية أو تخيلية لمساعدة المعالجين على تحقيق نتائج أفضل للعملاء .

٦- **الحفاظ :** على التقدم العلاجى لمساعدة العملاء على إزالة الأعراض والتغيير البناء الدائم بعد انتهاء العلاج .

٧- **الوقاية :** من خلال الشرح الذى يقدم للعملاء لمعرفة كيف أنهم يزعجون أنفسهم وكيفية التعامل مع هذا لكى يحققوا الاستقرار الانفعالى فى مواجهة المشاكل المستقبلية .

٨- **مهمات الواجب المنزلى :** حيث أنها تشجع العملاء على أن يحصلوا على الكفاءة والثقة فى مواجهة مشاكلهم خارج الجلسات العلاجية ، وتقلل احتمالية أن يصبح العملاء معتمدين على المعالج ، كما أنه يوفر الجسر بين البصيرة العقلية والانفعالية بشأن مشاكلهم .

(Ellis, A. 1993 : 12)

وهكذا يتضح مما سبق أن العلاج العقلاني الانفعالي يساعد على إحداث حالة متميزة ومستديمة من التحسن من خلال الإجراءات التالية :

أولاً : أن يتخلى العملاءعن أعراضهم التى يشكون منها (مثلا : القلق الاجتماعى)

ثانيا : أن يقللوا أو تزول عنهم أعراض الاضطراب الأخرى (مثلا : قلق العمل)

ثالثا : أن يحافظوا على تقدمهم العلاجى .

رابعا : أن يصبحوا أقل عرضه لسنوات بعيدة للاضطراب النفسى أو أن يزعجوا أنفسهم بشكل خطير .

خامسا : عندما يعودون عرضا إلى الوقوع فى مشاكل انفعالية وسلوكية ، عليهم أن يستخدموا العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى مرة أخرى للتغلب على صعوباتهم المتكررة أو الناشئة حديثا بسرعة .

سادسا : أن يظلوا يسعون إلى ممارسات ممتعة ولكنها ليست متخاذلة للمتعة الشخصية (Ellis, A., 1991 : 8)

ويشير إليس .Ellis, A (١٩٩١ : ١٠ - ١١) إلى أن العلاج لكى يؤتى ثماره ويستمر لمدى طويل لابد من تشجيع العميل على أن يبحث لنفسه عن هدف يسعى إليه ويكون له معنى فى حياته كبناء أسرة أو مستقبل وظيفى أو العمل لسبب سياسى أو اجتماعى أو اقتصادى أو دينى ، ومن مميزات هذا :

١- يرى العملاء أن حياتهم لها معنى حقيقى وأنهم يستمتعون بذلك وهذا يزيل المشاعر المضطربة من انعدام المعنى وميولهم الانتحارية ، وهذا يعطيهم شيئا هاما يحيون من أجله .

٢- غالبا ما يحصل الناس على سعادة كبيرة من اهتماماتهم لدرجة أنهم يستطيعون تحمل المضايقات والآلام بقية حياتهم ولايزعجون أنفسهم بشأنها إلا لأدنى درجة .

٣- غالبا ما يصرف العملاء انتباههم عن مشاعرهم المضطربة فى سلوكياتهم التخاذلية ويفعلون ذلك بقوة ولفترة طويلة من الوقت بعد التحاقهم بالعمل وانشغالهم فيه .

٤- العملاء الذين يكرسون أنفسهم لاهتمام كبير مستمر غالبا ما يصبحون منضبطين وعاكفين على اللذات طويلة المدى ويستطيعون أن يتفادوا المتع المدمرة قصيرة

المدى. (مثل إدمان الكحول أو العقاقير ..) وقد يجبرون أنفسهم على أن يتحملوا مضايقات كثيرة بدون شكوى وبذلك يحققون تحملاً أكبر للإحباط .

فنيات العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى :

يشير إليس .Ellis, A (١٩٧٦ : ٢٧٣) إلى أن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى تناول شامل للعلاج النفسى وللتعليم الذى لايوظف الطرق الإنفعالية والسلوكية فحسب بل يركز أيضا على تقويض العنصر اللاعقلانى فى السلوك التخاذلى . فالبشر معقدون بشكل ما ، فليس هناك طريقة بسيطة يصبحون بها "مضطربين انفعاليا" ، وفى المقابل ليست هناك طريقة واحدة يمكن مساعدتهم بها ، على تجاوز اضطراباتهم ، وتظهر مشاكلهم النفسية من الشعور الخاطئ والإدراكات الخاطئة بشأن ما يشعرون به ، ومن ردود فعلهم العاطفية المبالغ فيها ، ومن أنماط سلوكهم الاعتيادى المضطرب ، والذى يشجعهم على الاستمرار فى تكرار الاستجابات غير التكيفية حتى عندما يعرفون أنهم يتصرفون بشكل سيئ . وبالتالى يكون من المرغوب فيه تناول عقلانى انفعالى سلوكى ثلاثى الاتجاهات لمشاكلهم ، والعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى يوفر هذا الهجوم متعدد الأوجه .

ولذلك عرض إليس .Ellis, A (١٩٧٧ : ٢ - ٤٢) العديد من الفنيات العلاجية المعرفية والانفعالية والسلوكية والتى أضاف إليها فى أعوام (١٩٧٨ : ٢٧٧ - ٢٧٨) و (١٩٩١ : ٢ - ٧) ، وقد عرضها أيضا كل من عبدالستار ابراهيم (١٩٩٤ : ٣١٥ - ٣٢٢) ومحروس الشناوى (١٩٩٤ : ١١٤ - ١١٧) ولويس مليكه (١٩٩٠ : ١٩٣ - ١٩٦) ومن بين هذه الفنيات ما يلى :

١- تعلم نموذج ABCDE

إن أحد أهم فنيات العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى هو تعليم العملاء منذ الجلسة الأولى أن الأحداث النشطة المؤسفة (A) تساهم فى الانفعالات ولكنها فى الواقع لاتزعجهم أو تجعلهم مضطربين (C) ولكنهم يزعجون أنفسهم أساسا بمعتقداتهم وأفكارهم (B) بشأن الأحداث النشطة (A) . لذا يجب أن يعرفوا الفرق الشاسع بين المعتقدات العقلانية (RB) والمعتقدات غير العقلانية (IB) وأن

يعرفوا أن هذه الأخيرة هي سبب اضطرابهم ، ويتعلموا كيف يناقشون ويفندوا (D) هذه المعتقدات اللاعقلانية (I B) حتى يصلوا إلى فلسفة وسلوكيات جديدة وفعالة (E) .

٢- العلاج التوجيهي - الفعال :

فكلما كان المعالج فعالا - موجهاً وإقناعيًا - بشأن تعليم نموذج ABCDE تعلم الكثير من العملاء استخدامها بسرعة لمساعدة أنفسهم . ذلك لأن الناس لديهم ميول فطرية ومكتسبة قوية تجعلهم مضطرين نفسيا بشكل يجعل سلوكهم مختلاً وظيفياً ، ولأنهم يفكرون ويشعرون بطريقة انهزامية ويتمسكون بالأفكار والمشاعر المدمرة للذات . فغالبا ما نجد البعض بطيئ التعلم أو مقاوم للعلاج ، لذا فعندما يكتشف المعالج ذلك عليه استخدام لغة أسهل ويكرر تعليم النموذج ويستخدم تقنيات متنوعة .

٣- تنمية القدرة على حل المشكلات :

أن إحدى خصائص الاتجاهات الحديثة فى علاج طرق التفكير والمعتقدات ، هى تعليم الأشخاص طرقا جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية . فمن الممكن تصور أن الاضطراب سوف يحدث عندما نفشل فى مقابلة تحديات التوافق مع المجتمع ، وفى استخدام إمكانياتنا أو نقاط قوتنا بفاعلية . ولهذا فتنمية القدرة على حل المشكلات ومعرفة أن هناك طرقا بديلة للوصول للأهداف ، مع فهم دوافع الآخرين ومحاولة أن نبين للعميل أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف ، فقد يساهم ذلك فى عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية .

٤- التخلى عن عدم الواقعية وعدم المنطقية والوجوبية :

معظم العملاء يعتنقون معتقدات غير واقعية (مثلا : لأنك رفضت تناول العشاء معي فأنك تعتقد أننى فعلت شيئاً خاطئاً ولذا فأنت تكرهنى) ويعتنقون أيضا معتقدات غير منطقية (مثلا : لأننى أعاملك بلطف ، فإنه يجب عليك حتما أن تعاملنى بنفس القدر من اللطف) ونجد أيضا وراء هذه الاشارات غير الواقعية ، وغير المنطقية دائما متطلبات وجوبية (مثلا : يجب على وفى كل الظروف ، وفى كل

الأوقات أن أفوز برضاك ، وأن أجعلك تعاملى جيدا)

ولمساعدة مثل هؤلاء العملاء على التحسن ، فإنه من الضرورى ألا نوضح لهم كيف يكونون واقعيين ومنطقيين فقط ، بل نوضح لهم أيضا أن وجوبياتهم المطلقة هى المسببة للاضطراب ، ولذا يجب تعليمهم كيف يكتشفونها ويحاصرونها بأنفسهم .

٥- استبدال الأهداف الشخصية :

من الأساليب المستخدمة لزيادة الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية ، أن يساعد المعالج الفرد على تغيير أهمية الأهداف بالنسبة له . بمعنى أن الشخص الذى يعتقد أنه " من الضرورى أن يظهر دائما بمظهر قوة الشخصية والسيطرة والتحكم فى الأمور " ، فإنه قد يدخل نتيجة لهذا فى صراعات اجتماعية مع حاجات الآخرين من الزملاء أو المرؤسيين أو شركاء الحياة الأسرية مما يوقعه ويوقع من يتصلون به فى ضروب من الاضطراب فى مثل هذه الحالات يجب تنبيه الشخص إلى أن أهدافه غير معقولة لأن ذلك سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعى التالى تعديلاً ملحوظاً .

٦- الدحض والاقناع :

يساعد الدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الاقناع . على اكتشاف الفرد أن طرق التفكير السابقة التى كان يستخدمها لم تعد تجدى . وان استمرار تبنيها لايعنى أننا نكرر الأخطاء وندعم الاضطراب فحسب بل نعمل أيضا على زيادتها وقوة تأثيرها ، وعندما يحاول المعالج إقناع العميل بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الآخرين ، وأن يبنى أفكاراً أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية ، فإن هذا لايساعده على أن يبنى أفكاراً جديدة ونافعة فحسب ، بل إن فاعليته الاجتماعية سوف تزداد وتتحسن قدرته على التوافق .

٧- الحث والتشجيع :

هى إحدى الفنيات الهامة فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، حيث ينبغى أن يظهر المعالج للعميل الثقة فى نجاح العلاج بسرعة ، ولكنه فى الوقت نفسه لايعطيه انطباعا بأن ذلك يحدث دائما ، فلا يحاول أن يفرط فى ترويج ذلك خشية أن يعتقد العملاء أن شيئاً خطيراً سوف يصيبهم إذا لم يتحسنوا بشكل سريع .

٨- الواجبات المنزلية :

يتم دائما فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى تكليف العملاء بأداء بعض الواجبات المنزلية والتى تتضمن أنشطة عقلية وانفعالية وسلوكية ، ويتم تحديدها لهم خلال الجلسات ثم يتم مراجعتها ليرى كل منهم ما إذا كان قد أنجزها بالشكل المناسب أم تحتاج إلى أن يعيدها من جديد ، ومثل هذه الواجبات قد يطلب فيها من العميل أن يوظف أفكاره العقلانية الجديدة التى تعلمها فى مواقف الحياة الفعلية ، وعندما يفشل العميل فى تنفيذها يساعده المعالج فى تحدى الأفكار اللاعقلانية من جديد على أن يعود لأدائها ثانية .

٩- الطرق النفسية التعليمية الدافعة :

لقد وجد أن العميل يتحسن بشكل ملحوظ فى جلسات قليلة عندما يقرأ نشرات كتيبات عن الاضطراب الذى يعانى منه ، وكذا عن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، وأيضا عندما يستمع إلى أشرطة الكاسيت ، ويحضر الندوات المكثفة وورش العمل . ولذلك يجب على المعالج أن يشجع العملاء على أن يكملوا علاجهم بالنشرات والكتيبات وغيرها من الطرق النفسية التعليمية الأخرى للحصول على نتائج علاجية أفضل .

١٠- التمييز بين المشاعر المناسبة وغير المناسبة :

هى إحدى فنيات العلاج والتى يوضح المعالج من خلالها للعملاء أنه عندما يمر أحد منهم بحدث مؤسف "غير سعيد" ينبغى أن يميز بين المشاعر المناسبة "كالأسف ، والندم ، والإحباط" والمشاعر غير المناسبة "كالقلق ، والاكتئاب ، وكراهية الذات ... " ويوضح لهم أن معتقداتهم غالبا ما تؤدى إلى النوع الأول من المشاعر أما معتقداتهم غير العقلانية هى التى تؤدى إلى النوع الأخير . وينبغى أن يشير لهم أيضا إلى أنه من المناسب أن تكون هناك انفعالات قوية ولكن ليس بالضرورة أن يعبروا عن هذه الانفعالات لأشخاص مهمين (كالرؤساء أو المدرسين ..) الذين قد يعاقبوننا بقوة على مثل هذه المشاعر .

١١- تبسيط أثر الإهانة :

تبسيط أثر الإهانة وحسن الظن بالآخرين يعتبر حجر الزاوية فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، فكثيراً ما يشعر الناس بالاضطراب حينما يعتقدون أن الآخرين يحتقرونهم ويقللون من شأنهم . غير أن التفكير على هذا النحو يؤثر فيهم أكثر من إدراكاتهم بالقدر الحقيقى الذى يسببه هؤلاء الآخرون لهم من ألم . والعلاج الفعال يقوم على مساعدة العملاء على ألا يأخذوا إهانات الآخرين بصورة مبالغ فيها ، ومساعدتهم على تقبل الآخرين بطريقة سوية حتى ولو كانوا يقصدون هذه التصرفات .

١٢- لعب الأدوار :

من الأساليب التى تساعد على إحداث تغييرات فكرية وسلوكية إيجابية هو لعب الأدوار . فالشخص المتسلط الذى يدفعه تسلطه إلى التصادم مع الآخرين ينجح فى أن يبدل تسلطه بأسلوب قائم على التفهم إذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطى . فعندما يشاهد نتائج إيجابية لأداء هذا الدور كحب الآخرين ، أو توددهم له مثلا ، فالتغيير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى التغير فى معرفة الموقف الذى أدى إلى القيام بالدور .

١٣- المناقشة والعمل بقوة :

ينبغى على العملاء معرفة كيف يناقشون معتقداتهم غير العقلانية بقوة وكيف يعملون على مواجهتها بنفس القوة . فالعلاج الفعال هو الذى يحاول فيه المعالج أن يقنع عملاءه بأن المناقشة الهادئة والعمل الضعيف مع تلك الأفكار سيؤدى غالبا إلى تغيير مؤقت أو ضئيل .

١٤- الاطلاق (التنفيس) الانفعالى :

عادة ما يرفع العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى شعار "ليس هناك شئ سخيف" وذلك لكى يجبر العملاء ويقنعهم بأن يعبروا عن أنفسهم بشكل صريح وأن يخرجوا مشاعرهم الحقيقية مهما كانت مؤلمة فى البداية بالنسبة لهم . وغالبا ما يكشف المعالج بلا هواده عن دفاعات العميل ويهاجمها وفى الوقت نفسه يريه كيف يستطيع أن يعيش بدون هذه الدفاعات وكيف يقبل نفسه بدون شروط وسواء قبله

الآخرون أم لا . ونظراً لقبول المعالج الكامل لزملائه كبشر فإنهم يكونون قادرين على التعبير عن مشاعرهم بشكل مفتوح أكثر من أى وقت مضى وعلى قبول أنفسهم حتى ولو كانوا يقرون بعدم كفاءتها .

١٥- المـــرح :

من الوسائل الهامة لتقويض أفكار العميل غير العقلانية إقحام الفكاهة فى أفكاره - ولكن ليس على العميل نفسه - والتقنيات المرحة تشمل التلاعب بالألفاظ ، وسرعة البديهة ، والسخرية والشعارات ، وتقليل سخافة الأفكار المضطربة .. هذا ويساعد المرح العملاء فى العلاج على أن يخففوا حمل الاضطراب النفسى أثناء امتصاصهم للمفاهيم العقلانية .

دور المعالج فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى :

إن المعالج فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى شخص نشط يتسم بقوة التأثير على العملاء ، وبقدرته على الأقناع المنطقى ، وتحليل فلسفات العملاء فى الحياة واتجاهاتهم ونسق التفكير لديهم ، كما أن بوسعه استخدام الأساليب المعرفية والعاطفية والسلوكية فى التأثير على أفكار العملاء ومشاعرهم وتصرفاتهم ، كما أن لديه القدرة على مهاجمة الأفكار غير المنطقية ، ومن الأساليب التى يتبعها المعالج فى مهاجمة المواقف غير المنطقية لدى الشخص المضطرب الأسلوبان التاليان :

١- يقوم المعالج بدور رجل الدعاية المضادة بصراحة حيث يعارض مباشرة ، وينكر كذلك تلك الآراء المولدة لقهر النفس والتى تعلمها الفرد فى فترة مبكرة من حياته وثابر عليها حتى الآن .

٢- يشجع العميل ويحثه بل ويصر أحياناً على أن يشترك فى نشاط ما (مثل الأقدام على عمل شيئ يخاف منه) وهذا من شأنه أن يخدم كقوة مضادة للأفكار الخاطئة التى يفكر فيها الشخص المضطرب (محروس الشناوى ، د ت : ١١٠ - ١١)

ويؤكد إليس .Ellis, A (١٩٩١ : ٩ - ١٠) على أن الدور الرئيسى الذى يجب أن يقوم به المعالج هو إحداث تغيير فلسفى عقلى عميق ، وذلك للتغلب على

اضطراب العملاء ، واستعادة صحتهم النفسية وبتحقيق ذلك من خلال حث المعالج للعملاء على إتباع التعليمات التالية :

١- أن يعترفوا أولاً بأنهم هم الذين يزعجون أنفسهم ، وأنه نادراً ما يزعجهم أفراد آخرون أو أحداث خارجية .

٢- أن يعتقدوا بقوة بأنهم إذا أزعجوا أنفسهم بدون سبب واضح ، فإن لديهم القدرة على إزالة هذا الانزعاج عن أنفسهم مرة أخرى .

٣- أن يقروا بأن رغباتهم وأهدافهم وقيمهم ومعاييرهم ليست هى التى تزعجهم ولكن الذى يزعجهم هو وجوبياتهم ومتطلباتهم الصارمة وأوامرهم المطلقة غير العقلانية بشأن هذه الرغبات والمعايير .

٤- أن يجبروا أنفسهم على القيام بالعمل الدءوب المتواصل لإحداث التغيير المطلوب

٥- أن يقروا بأنهم يجب عليهم أن يعملوا ويستمروا فى العمل بقوة لتغيير معتقداتهم غير العقلانية ومشاعرهم غير المناسبة وسلوكياتهم المضطربة . وأنه ليس هناك علاج سحرى لمشكلاتهم ، وأنه من الأفضل أن يعملوا فى حدود قوتهم ليعالجوا أنفسهم .

٦- أن يفهموا بوضوح أن الفرد معرض دائما للانزعاج مرة أخرى - برغم أن ذلك يكون أقل مما كان عليه قبل العلاج - ولكن عندما يحدث هذا ، فإن الفرد تكون لديه القدرة على العمل بجد وبسرعة للتغلب على هذا الاضطراب .

٧- أن يقروا أنهم ربما كان لديهم أعراض اضطرابية أخرى بالإضافة للأعراض التى سعوا من أجلها للعلاج ، وأن يفترضوا إذا كان الأمر كذلك فإن هذه الأعراض الإضافية ناشئة أساسا عن المعتقدات غير العقلانية وأن هذه المعتقدات يمكن أن تتغير باستخدام طرق العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى .

٨- أن يدركوا أن الوجود والتحرر من البؤس لايعنى بالضرورة أن يكونوا سعداء ، لذلك من الأفضل للفرد أن يواصل السعى وراء أهداف أكثر إقناعاً وإشباعاً وتحقيقاً للذات ، وفى نفس الوقت يعمل على ألا يزعج نفسه وأن يتخلى عن الأصرار بشكل غير واقعى على السعادة الكاملة أو حتى الكبيرة ولكن أن يستمروا فى المحاولة ليكونوا متمتعين بقدر ما يستطيعون .

ولقد أضاف روان وايريس .Rowan, D. & Eayrs, C (١٩٨٩ : ٧٠) أن المعالج العقلانى الانفعالى السلوكى له ثلاث مهام رئيسية عليه القيام بها ، وهى :

أولاً : يجب عليه تحديد الأحداث الخارجية التى ينتج عنها الأفكار المسببة للقلق .

ثانيا : يجب أن يعطى اهتماما كبيرا بتحديد الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التى يرددها الشخص كرد فعل للأحداث التى يمر بها . وهذه هى المرحلة الأكثر أهمية حيث أن هذه الأفكار تعتبر المحرك الدافع للمشاعر السلبية . وأنه لمن المهم أيضا تدريب الفرد على التعرف على هذه الأفكار ، حيث أنه لن يستطيع تغيير هذه الأفكار ما لم يستطع تحديدها .

ثالثا : تدريب العميل على إحلال الأفكار الأكثر عقلانية محل الأفكار غير العقلانية المسببة للاضطراب وعدم التكيف .

وينبغى على المعالج الكفء أن يكشف للعميل بصفة مستمرة عن الأفكار غير العقلانية والأحاديث النفسية الداخلية غير المنطقية وذلك من خلال ما يلى :

١- إبرازها بصورة واضحة لتصبح فى مستوى الانتباه الواعى لدى العميل .

٢- بيان كيف تسبب الاضطراب وتثبته .

٣- توضيح العلاقة غير المنطقية وغير الدقيقة بين هذه الأحاديث الذاتية الداخلية لدى العميل .

٤- تعليم العميل كيف يعيد النظر فى تفكيره وكيف يتحدى ويناقض هذه الأحاديث ويعيدها ويكررها فى صورة أكثر منطقية حتى يتم استدخال واستبطان الأفكار المنطقية الجديدة لتحل محل القديمة . (س. هـ . باترسون ، ١٩٨١ : ١٨٨)

أشكال العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى :

(١) العلاج الجمعى :

يؤكد إليس .Ellis, A (١٩٩١ : ٥) أن العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى الجمعى غالبا ما يساعد العملاء على التحسن بصورة أسرع وأفضل من العلاج الفردى، ذلك لأن الأشخاص عندما يشاركون فى مجموعة ما فإنهم يشعرون أنهم

ليسوا فقط هم الذين يعانون من مشكلة ما بل أن الآخرين أيضا لديهم نفس المشكلات الانفعالية ، بل أنهم يرون كذلك كيف يحل الآخرون هذه المشكلات ، ويتعلم الفرد فى الجماعة أن يتحدث مع أعضاء المجموعة لتفنيد المعتقدات غير العقلانية ، ويحصل على الدعم النفسى من الآخرين .

وغالبا ما يشجعهم وجودهم مع بعضهم وسط مجموعة من القيام بالواجب المنزلى الذى يخفقون على القيام به . كما أنهم عادة ما يتعلمون قبول مخاطرة التحدث أمام الآخرين ، هذا إلى جانب ما يتعلمونه من مهارات التآلف وينتفعون من جوانب العلاج الأخرى التى تقدمها المجموعة بشكل خاص

وهذا ما يؤكد عليه أيضا ويسلر .Wessher, A (١٩٨٣ : ٦٣) حينما أشار إلى المميزات التى يوفرها العلاج الجمعى كأحد أشكال العلاج المستخدمة فى العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، والتى يذكر منها :

١- أن العلاج الجماعى كفء من حيث التكلفة ، فالمعالج يستطيع أن يرى العديد من العملاء فى وقت واحد وأن يعلم المبادئ العقلانية لأفراد كثيرين مرة واحدة .

٢- يمكن أن يتعلم أعضاء المجموعة أنهم ليسوا فريدين فى أن لديهم مشاكل أو اضطرابات .

٣- يمكن أن توفر المجموعة نوعا من العلاج الوقائى ، حيث يمكن للأعضاء أن يسمعوا تجارب الآخرين وهم يناقشون مشاكلهم ، تلك المشاكل التى لم يواجهوها من قبل فى حياتهم .

٤- يمكن أن يتعلم أعضاء المجموعة أن يساعدوا بعضهم البعض ، ومن المبادئ التعليمية الراسخة أنه من أفضل طرق تعلم المهارة هو أن تحاول تعليمها لشخص آخر ، ويتعلم العملاء التفكير العقلانى بينما يحاولون تعليمه للآخرين فى إطار المجموعة .

٥- بعض التجارب والنشاطات والتمارين لايمكن أداؤها إلا فى مجموعات كلعب الأدوار مثلا .

٦- توفر الجماعة ميزة إخراج انفعالات معينة يمكن التعامل معها عندئذ فى الواقع فى إطار الجماعة .

٧- بعض المشاكل يتم التعامل معها بصورة أكثر فعالية فى إطار المجموعة مثل عيوب المهارات الاجتماعية والتعامل مع الآخرين ، ويمكن أن يتدرب العميل على سلوكيات جديدة وطرق للارتباط بالناس من خلال الجماعة .

٨- فى إطار الجماعة يمكن للعملاء تلقى قدر كبير من عائد المعلومات عن سلوكهم وهو ما قد يكون أكثر إقناعا فى تحفيزهم للتغير عن معالج واحد فى موقف واحد .

٩- تتولد فى إطار الجماعة الكثير من الاقترحات التى تتعلق بمشكلة ما كما لو تواجد المعالج مع فرد واحد فقط .

١٠- يمكن أن يوفر أعضاء الجماعة مصدراً للضغط على زملائهم والذى قد يكون أكثر فعالية فى تشجيع أداء مهمات الواجب المنزلى .

(٢) جماعات لقاء المواجه «الماراثون» :

أحد أشكال العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى أسماه إليس بـ " لقاء المواجهة العقلانى أو الماراثون" وهو لقاء يقضى فيه العملاء ساعات طويلة فى الخوض فى أعمق مشكلاتهم بالأسلوب المعتاد فى العلاج ، بحيث يستطيع الأعضاء فهم المصادر الفلسفية لمشكلاتهم الانفعالية وكيف يستطيعون تغييرها بأنفسهم عن طريق تغيير الجوانب المعرفية وكذلك تمارس بعض التمارين اللفظية وغير اللفظية لتشجيع المواجهة والعلاج المتعمق ويستغرق الماراثون الكلى ما بين ١٤ : ٢٤ ساعة ويعقد عادة لقاء آخر لعدة ساعات بعد ستة أو ثمانية أسابيع من اللقاء الأول للتحقق من التقدم فى العلاج ومن الموقف الانفعالى الحالى . (لويس مليكه ، ١٩٩٠ : ٢١٢ - ٢١٣)

وأدخلت تلك الطريقة الجديدة للعلاج إلى جانب الجلسات الفردية والجماعية وتهدف إلى :

أولاً : توفير خبرات مواجهة قصوى لكل أعضاء المجموعة .

ثانيا : إدخال إجراء جيد من العلاج النفسى الجماعى ليس فقط لمساعدة المشاركين على أن يشعروا بشكل أفضل ولكن أيضا لكى يتحسنوا بشكل كبير .

(Ellis, A. & Dryden, A, 1987 : 180)

ويضيف إليس .Ellis, A (١٩٧٦ : ٢٧٨) أنه فى الماراثون الجماعى يسمح العلاج العقلانى الانفعالى للمشاركين بفرصة كبيرة لمواجهة بعضهم البعض ، وأن يجبروا أنفسهم على البقاء فى المكان واللحظة ، وأن يواجهوا ردود أفعالهم الانفعالية والحسية لأنفسهم وللأعضاء الآخرين فى المجموعة وأن يكونوا أمناء مع أنفسهم والآخرين بشكل كبير .

(٣) العلاج المختصر :

يهدف العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى بطبيعته إلى أن يكون علاجاً مختصراً وخاصة لأولئك الذين لايستطيعون لسبب أو لآخر مواصلة العلاج لأكثر من فترة قصيرة ، ومع هؤلاء يمكن للعلاج أن يعلمهم خلال جلسة أو عشر جلسات طريقة "ABC" لفهم أى مشكلة انفعالية ، ولرؤية المصدر الفلسفى الرئيسى وكيف يبدأ العمل لتغيير اتجاهاته الأساسية المحدثة للاضطرابات . (لويس مليكه ، ١٩٩٠ : ٢٠٦)

وقد استخدم فى الدراسة الحالية العلاج الجمعى والعلاج المختصر كأشكال من العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، وذلك للاستفادة من مميزات الشكل الأول (العلاج الجمعى) التى تتعلق بأحداث اندماج بين أفراد العينة العلاجية وتوفير الفرصة لهم للشعور بأنهم ليسوا وحدهم الذين يعانون من تلك المشكلة بل هناك غيرهم الكثير ، هذا إلى جانب تلك الخصائص التى ينفرد بها العلاج الجمعى - والتى سبق عرضها - كذلك الحال بالنسبة للعلاج المختصر وما يوفره للمعالج والعملاء من وقت وجهد وتكلفة .

دور العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى خفض القلق :

لقد أجريت العديد من الدراسات التى حاولت اختبار مدى فاعلية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى خفض القلق ، ومن بين هذه الدراسات دراسة جارمون .Jarmon, D (١٩٧٣) التى استهدفت الكشف عن مدى فعالية كل من

العلاج العقلانى الإنفعالى والعلاج الإطلاعى والعلاج الإيهامى فى خفض القلق اللفظى ، وقد أجريت الدراسة على عينة تتكون من (٧٢) طالبا جامعياً منهم (٥٤) طالباً تم تقسيمهم على ثلاث مجموعات تجريبية ، و(١٨) طالباً يمثلون العينة الضابطة ، وهكذا فقد تم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات هى :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى .

المجموعة الثانية : تلقت العلاج الإطلاعى .

المجموعة الثالثة : تلقت العلاج الإيهامى (مناقشات) .

المجموعة الرابعة : لم تتلق أى علاج (هى المجموعة الضابطة) .

وقد استخدم مقياس القلق الإجتماعى ، ومقياس الأفكار اللاعقلانية للراشدين ، ومقياس القلق اللفظى ، كما استخدم التقارير الذاتية ، وبعد تطبيق المقاييس قبل العلاج وبعده ، كشفت النتائج عن :

- فعالية كل من العلاج العقلانى الإنفعالى والعلاج الإطلاعى فى خفض القلق اللفظى
- أظهر العلاج الإطلاعى نتائج أفضل من العلاج العقلانى الإنفعالى ، إلا أن كل من العلاج العقلانى الإنفعالى والعلاج الإطلاعى تساويا فى فاعلية كل منهما فى نتائج الدراسة التتبعية .

واستهدفت دراسة ستراتمير Straatmeyer, A. (١٩٧٤) التعرف على فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض القلق اللفظى لدى طلاب الجامعة ، وتكونت عينة الدراسة من (٥٧) طالباً بالصف الأول بالجامعة ، وقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات هى :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى .

المجموعة الثانية : تلقت العلاج الإيهامى(مناقشات) .

المجموعة الثالثة : لم تتلق أى علاج (هى المجموعة الضابطة) .

وبعد استخدام مقياس القلق اللفظى والتقارير الذاتية قبل العلاج وبعده ، أسفرت النتائج عن :

- حدوث تغيرات إيجابية للمجموعة التى تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى بالمقارنة بالمجموعتين الآخرتين .
- أكدت الدراسة على قدرة العلاج العقلانى الإنفعالى فى علاج القلق اللفظى من خلال دحض الأفكار اللاعقلانية .

كما استهدفت دراسة ماكسويل ويلكرسون Maxwell, J. & Wiclker-son, J. (١٩٨٢) التعرف على أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض القلق لدى طلاب الجامعة وذلك من خلال التحكم والضبط الذاتى للإنفعالات ، وقد اشتملت العينة على (٢٤) طالبة جامعية ، وقد تم تقسيمهن إلى مجموعتين هما :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى .

المجموعة الثانية : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

تم تطبيق استبيان العوامل الشخصية الستة عشر وذلك لتحديد مستوى القلق لدى الطالبات (وهو يقيس ستة عشر بعداً وظيفياً للكفاءة الشخصية) . وأسفرت النتائج عن :

- فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض مستوى القلق والإحباط وتوقع الشر ومشاعر الذنب والضيق والتوتر والعصابية ، وزيادة الهدوء والتروى والثقة بالنفس مما أدى إلى زيادة الإتزان الإنفعالى والقدرة على مواجهة وتحمل الإحباط وزيادة القدرة على مواجهة مشكلات الحياة اليومية .

وأيضا استهدفت دراسة هاينز وآخرين Haynes, C. et al. (١٩٨٣) المقارنة بين العلاج العقلانى الإنفعالى والتدريب على التعلم الذاتى لطلبة المدرسة العليا ممن يعانون من قلق مرتفع أثناء إجراء الإختبارات ، ولقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (٥٠) تلميذاً من المدرسة الثانوية ، وقد تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات هى :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى .

المجموعة الثانية : تلقت تدريباً على التعلم الذاتى .

المجموعة الثالثة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

وتحقيقاً لهدف الدراسة تم استخدام مقياس قلق الإختبار قبل العلاج وبعده . وقد أسفرت النتائج عن :

- فعالية كل من العلاج العقلانى الإنفعالى والتدريب على التعلم الذاتى فى خفض قلق الإختبار غير أن المجموعة التى تعرضت للعلاج العقلانى الإنفعالى كانت أكثر فعالية وأقل قلقاً من المجموعة التى تلقت تدريباً على التعلم الذاتى .

أما دراسة شيلفر وجوتش .Schelver, S. & Gutsch, K (١٩٨٣) فقد استهدفت التعرف على كفاءة العلاج العقلانى الإنفعالى المؤدى ذاتياً فى خفض القلق الإجتماعى المرتفع والمزمن ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٤٥) طالباً جامعياً ، وقد تم تقسيم العينة الكلية إلى مجموعتين :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى .

المجموعة الثانية : لم تتلق أى علاج(المجموعة الضابطة) .

واستخدم الباحثان مقياس القلق الإجتماعى ومقياس القلق العام ومقياس التقييم السلبى ، وقد تم تطبيق الأدوات قبل العلاج وبعده . وقد أوضحت النتائج :

- أن العلاج العقلانى الإنفعالى أدى إلى ضعف القلق الإجتماعى والخوف من التقييم السلبى بشكل ملحوظ .
- أن العلاج العقلانى الإنفعالى أدى إلى انخفاض سمة القلق لدى العينة التجريبية بشكل كبير .

بينما استهدفت دراسة وارين وآخرين .Warren, R. et al (١٩٨٤) التعرف على فعالية كل من العلاج العقلانى الإنفعالى والعلاج العقلانى الإنفعالى التخيلى فى خفض القلق لدى طلاب السنوات الأولى من المدرسة العليا ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٥٩) طالباً من السنوات الأولى من المدرسة العليا ، وقد تم تقسيم العينة إلى أربعة مجموعات هى :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى بدون تخيل .

المجموعة الثانية : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى مع التخيل .

المجموعة الثالثة : تلقت مجموعة من الإستشارات الموجهة .

المجموعة الرابعة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة) .

واستخدم الباحثون مقياس القلق العام ومقياس القلق الإجتماعى، وقد تم تطبيق المقاييس قبل العلاج وبعده ، وقد كشفت النتائج عن :

- أن كل من مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى بدون التخيل والعلاج العقلانى الإنفعالى مع التخيل كانا أكثر فعالية فى خفض القلق من المجموعتين الثالثة والرابعة .

وقد استهدفت دراسة بيرسونز وبيرنز Persons, J. & Burns, D. (١٩٨٦) الكشف عن العلاقة بين علاجات التفكير والانفعال المختلفة وأيهما يمكن البدء به ، وذلك على عينة من مرضى القلق العام والاكتئاب ، وقد تكونت العينة من (١٧) مريضاً ممن تتراوح أعمارهم من ٢٥ : ٥٠ عاماً ، وقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات هى :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الانفعالى .

المجموعة الثانية : تلقت علاجاً معرفيًا لإيقاف التفكير السلبى .

المجموعة الثالثة : لم تتلق أى علاج (المجموعة الضابطة)

وقد تم تقدير الحالة المزاجية والمعرفية بواسطة التسجيل اليومى للإختلال الوظيفى للتفكير ، بالإضافة إلى تقرير عن سير الجلسة عن طريق المعالج ، ومقياس لتقدير الاستجابات العقلانية .

ولقد أظهرت النتائج :

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين التغيرات فى الحالة المزاجية والإختلال الوظيفى للتفكير.
- كما أظهرت الدراسة دور العلاج العقلانى فى خفض التفكير التلقائى وزيادة الإستجابات العقلانية لدى الأفراد القلقين والإكتئابيين .

وأيضا استهدفت دراسة أندروز Andrews, G. (١٩٩٠) تعديل اضطرابات القلق (الهلع . الخوف الاجتماعى) وذلك باستخدام ثلاث تقنيات علاجية . وتكونت العينة من (٣٠) طالبا جامعيا تم توزيعهم على ثلاث مجموعات علاجية هى :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى .

المجموعة الثانية : تلقت علاج سلوكى .

المجموعة الثالثة : تلقت علاج طـــبى .

وقد استخدم الباحث اختبار لقياس اضطرابات القلق وتم تطبيقه قبل البرامج العلاجية وبعدها

وقد أسفرت النتائج عن :

- فعالية كل من العلاج العقلانى الانفعالى والعلاج السلوكى فى خفض اضطرابات القلق بمقارنتهم بالعلاج الطبى .

أما دراسة هولتز ورينولدز Holtz, J. & Reynolds, G. (١٩٩١) فقد استهدفت معرفة تأثير العلاج العقلانى الإنفعالى التخيلى فى علاج القلق اللفظى ، وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة طلاب من جامعة كلورادو الشمالية ، وقد استخدم مقياس القلق اللفظى ، وأوضح الباحثان أنهما استخدما تقنية جديدة للذاكرة العاطفية تشمل استخدام ذكريات الفرد الهامة لتعزيز خطبه وإعادة توجيه المتحدث بعيداً عن الأفكار غير العقلانية بالتركيز على الصور الذهنية المناسبة مروراً بثلاث مراحل تبدأ بمرحلة إعداد الصور المتخيلة (الصور الذهنية) ثم إجراء إسترجاع الصورة الذهنية وأخيراً تطبيق الخطبة (التحدث) .

ولقد كشفت النتائج عن :

- أن هذه التقنية أدت إلى حد كبير إلى خفض القلق اللفظى (قلق الحديث) ، كما أدت إلى تحسن أفراد العينة فى إلقاء الخطب أمام الجمهور ، واقترح الباحثان إجراء مزيد من البحوث للتحقق من فعالية هذه التقنية .

فى حين استهدفت دراسة نيلسون Nelson, E. (١٩٩٤) معرفة تأثير كل من العلاج العقلانى الإنفعالى والعلاج بالتخيل فى خفض القلق الإجتماعى ،

وتكونت عينة الدراسة من (٤٧) طالباً جامعياً تم توزيعهم عشوائياً على ثلاث مجموعات هي :

المجموعة الأولى : تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى .

المجموعة الثانية : تلقت العلاج بالتخيل (الإستحضار) .

المجموعة الثالثة : تلقت علاج إيهامى .

وتم استخدام عدة مقاييس منها مقياس التقرير الذاتى لقلق التواصل ، وقد استمعت مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى إلى شريط تسجيل مدته (٢٠) دقيقة لصوت رجل يعارض المعتقدات غير المنطقية ، واستمعت مجموعة التخيل (الإستحضار) إلى نفس الصوت يعارض نفس المعتقدات غير المنطقية ولكن باستخدام تقنيات التخيل ، بينما استمعت المجموعة الثالثة إلى نفس الصوت وهو يناقش موضوعاً محايداً ، وقد استخدم تقييم القياسات المتكررة للنظر إلى انخفاض قلق التواصل عبر ثلاث تقييمات . وقد كشفت النتائج عن :

- فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى والعلاج بالتخيل فى تقليل القلق الإجتماعى بالمقارنة بمجموعة العلاج الإيهامى .

بينما استهدفت دراسة كون وبرونيرو Cowan, D. & Brunero, S. (١٩٩٧) التعرف على فعالية العلاج الجمالى لاضطرابات القلق باستخدام العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، وقد اختيرت العينة من (١٧) عميلا ممن تقدموا للعلاج من اضطرابات القلق ، وقد تم وضعهم فى مجموعة علاجية واحدة (هى مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى) . وقد استخدم الباحثان عدة مقاييس للقلق والاكتئاب والمعتقدات اللاعقلانية . وقد تم خلال البرنامج تصحيح الاعتقادات غير المنطقية ودحضها . ولقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى خفض القلق وتعديل الاعتقادات غير العقلانية (غير المنطقية) لدى أفراد العينة العلاجية .

وهكذا فقد ركزت هذه المجموعة من الدراسات على مدى فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى بمقارنته ببعض العلاجات المعرفية الأخرى أو فى ضوء مقارنته بالمجموعات الضابطة.

ولقد أسفرت نتائج جميع الدراسات عن فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض القلق العام والنوعي والتي من بينها القلق اللفظي والقلق الإجتماعي وقلق الإختبار .. وغيرها .

بالإضافة لذلك ، فقد أوضحت بعض هذه الدراسات إنعكاس فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي على خفض الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى المجموعات العلاجية والتي استخدم معها ذلك النوع من العلاجات .

ومن هنا يتبين من خلال العرض السابق للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أنه علاج ثلاثي المواجهة يجمع بين طياته العديد من الفنيات العلاجية المعرفية والانفعالية والسلوكية ، لكي يصبح علاجاً فعالاً للعديد من الاضطرابات النفسية للوصول بالفرد إلى تغيير فلسفي عميق من أجل الوصول إلى التحسن بعيد المدى ولسنوات طويلة بدلاً من العلاجات التي تهتم بعلاج المريض من اضطرابه دون النظر إلى حالات الانتكاسة التي قد يتعرض لها مرة أخرى . ولهذه الغاية فإن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يعلم العملاء ليس فقط كيف يشعرون بأنهم أفضل من ذي قبل من خلال تخفيف المشاعر الانفعالية المضطربة ولكنه يوضح كيف يتحسنون بالتعرف على الاعتقادات اللاعقلانية المحدثة للاضطراب وإزالته ، فالشعور بشكل أفضل يحدث غالبـاً حلاً قصير المدى لمشاكل العميل ، في حين أن التحسن يحدث غالبا حلاً فلسفيا دائما .



الفصل الأول

الخطة والإجراءات

الخطة والإجراءات

تحديد المشكلة

يعتبر القلق من المشكلات التى تواجه الإنسان فى العصر الحديث ، وذلك لصعوبة الحياة ، وتعقد العلاقات الاجتماعية ، فكل إنسان قد مر بتجربة القلق عشرات المرات بمستويات مختلفة من الحدة ، فإذا كان الأمر بهذه الكيفية مع الإنسان المبصر فمن المؤكد أنه سوف يكون أكثر تعقيدا عند ذوى الإعاقة البصرية ، لأنه مع تكرار سلسلة الحوادث المزعجة التى تهدد كيانهم لفترة طويلة وتغمر حياتهم منذ فترة مبكرة تصبح خبرة القلق مؤلمة ومزعجة لما يصاحبها من اضطرابات فسيولوجية كزيادة فى معدل ضربات القلب وبرودة الأطراف والتوتر العضلى واضطرابات أخرى نفسية كالشعور بعدم الثقة بالنفس ، والخوف من التعبير عن المشاعر ، وعدم الرغبة فى التفاعل الاجتماعى ، والشعور الشديد بالذنب ، ومحاسبة الذات ولومها على كل صغيرة وكبيرة والعجز عن مواجهة المواقف المختلفة والعيش فى خضم المخاوف والهواجس هذا إلى جانب العديد من الاضطرابات المعرفية والاجتماعية .

لذلك كانت هناك ضرورة ملحة فى إيجاد استراتيجيات علاجية يمكن من خلالها مساعدة ذوى الإعاقة البصرية فى التغلب على قلقهم حتى لايكون ذلك سبباً فى سلسلة طويلة من الأعراض العصابية أو الذهانية ، ولهذا أصبح التدخل أمرا واجبا وحتميا ، ويتبنى الباحث فى الدراسة الحالية استراتيجيتين علاجيتين لخفض القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية يقومان على مدرستين من أبرز مدارس العلاج النفسى فى العصر الحديث وهما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية ، تلك الاستراتيجيتان (الفنيتان) هما: التحصين التدريجى Desensitization Therapy والعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى Rational Emotive Behaviour Therapy حيث يتم تطبيق كل فنية منهما على مجموعة مستقلة من ذوى الإعاقة البصرية ، وذلك للتعرف على مدى فعالية كل فنية من الفنيتين فى خفض القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية .

الفروض المقترحة

وفى ضوء ما توصلت إليه الدراسات السابقة والتراث السيكولوجى فيما يتعلق بمتغيرات الدراسة ، فقد تم صياغة الفروض على النحو التالى :

١- توجد فروق دالة احصائيا فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجى قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح القياس البعدى (فى الوضع الأفضل) ؟

٢- توجد فروق دالة احصائيا فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح القياس البعدى (فى الوضع الأفضل) ؟

٣- لاتوجد فروق دالة احصائيا فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية باختلاف نوع البرنامج العلاجى (العلاج بالتحصين التدريجى ، والعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى) ؟

٤- توجد فروق دالة احصائيا فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية بين المجموعتين التجريبيتين وأفراد المجموعة الضابطة بعد البرنامج لصالح المجموعتين التجريبيتين (فى الوضع الأفضل) ؟

٥- لاتوجد فروق دالة احصائيا فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجى بين القياس البعدى (بعد انتهاء البرنامج مباشرة) والقياس التتبعى (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج) ؟

٦- لاتوجد فروق دالة احصائيا فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى بين القياس البعدى (بعد انتهاء البرنامج مباشرة) والقياس التتبعى (بعدمرور شهرين من انتهاء البرنامج) ؟

العينـــة

لقد مر انتقاء عينة الدراسة بمرحلتين :

المرحلة الأولى : تم خلالها اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية وما تضمنته من المواصفات التى سوف تكون عليها العينة بما تشمله من المرحلة العمرية والجنس ونوع الإقامة ودرجة الإعاقة والسن عند حدوث الإعاقة .

المرحلة الثانية : وتضمنت اختيار عينة الدراسة التجريبية من بين طلاب الدراسة الاستطلاعية وفى ضوء الشروط التى تم وضعها لاختيارهم وذلك على النحو التالى :

المرحلة الأولى : عينة الدراسة الإستطلاعية

لقد تم إجراء دراسة استطلاعية بهدف اختيار العينة التجريبية للدراسة الحالية فى ضوء متغيرات الدراسة . وتكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من (١٥٦) طالب وطالبة من ذوى الإعاقة البصرية ، تنقسم إلى (٧٩) طالباً بمتوسط عمرى (١٦,٤) وانحراف معيارى قدره (١,٨) ، و(٧٧) طالبة بمتوسط عمرى (١٦,٣) وانحراف معيارى (١,٥) . وتم اختيار العينة من مدرسة النور للمكفوفين بالزقازيق ومدرسة طه حسين للمكفوفين بإدارة الزيتون التعليمية ، ومدرسة النور للكفيفات بإدارة مصر الجديدة التعليمية . **والجدول التالى يبين عدد أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرى النوع والصف الدراسى.**

جدول (١)

عدد افراد عينة الدراسة وتوزيعهم على الصفوف الدراسية

اسم المدرسة	البنين						البنات						إجمالى
	١ع	٢ع	٣ع	١ث	٢ث	٣ث	١ع	٢ع	٣ع	١ث	٢ث	٣ث	
مدرسة النور بالزقازيق	٢	٣	٧	٢	٢	٥	٢	٢	٢	٣	٣	٢	٣٥
مدرسة طه حسين للمكفوفين	٣	٦	٨	١٠	١١	٢٠	-	-	-	-	-	-	٥٨
مدرسة النور للكفيفات	-	-	-	-	-	-	٣	٧	١١	١٣	١٢	١٧	٦٣
الاجمالى	٥	٩	١٥	١٢	١٣	٢٥	٥	٩	١٣	١٦	١٥	١٩	١٥٦

ع : إعدادى ، ث : ثانوى

وفيما يلى وصف لخصائص العينة :

المرحلة العمرية :

لقد وقع الاختيار على مرحلة المراهقة ، انطلاقاً من البحوث والدراسات السابقة ، فلقد أكدت تلك الدراسات على ظهور اضطراب القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية بصورة واضحة فى مرحلة المراهقة كما فى دراسة سامية القطان (١٩٧٤) ، وحمدى حسنين (١٩٨٩) ، ورمضان عبداللطيف (١٩٩٠) ، ومحروس عبدالخالق (١٩٩٣) ، ورشاد عبدالعزيز (١٩٩٤) وغيرها من الدراسات الأخرى ، بينما فى المقابل أكدت دراسة حسن الجبالى (١٩٨٩) على انخفاض معدل ظهور القلق فى مرحلة الطفولة .

وتتفق نتائج هذه الدراسات أيضاً مع الدراسات التى أجريت على المبصرين ، ففى الدراسة التى قام بها باتيل وكاباديا ، Patal, C. & Kapadia, S. (١٩٨٥) توصلا إلى أن المراهقين من سن ١٤ سنة فأكثر هم أكثر قلقاً من الأطفال والمراهقين من ١١ سنة فأقل .

وتشير ممدوحة سلامة (١٩٨٦ : ١٤٢) إلى أن روتر Roter قد ذكر أن مرحلة المراهقة تتميز بكثير من الشد والتوتر الإنفعالى وتزداد الحالات المزاجية ، كما يظهر أحياناً الشعور بعدم الأهمية وتحقير الذات ويشيع فيها القلق وأحياناً الإكتئاب ، وكذلك الفوبيا الإجتماعية نظراً لشدة إحساس المراهق بذاته وزيادة حساسيته لنواحى قصوره من ناحية المظهر الجسمى أو فيما يتعلق بسلوكه .

ولقد أشار كمال سيسالم (١٩٨٨ : ٧٧) إلى ما ذكره ميللر Miller من أن القلق يزداد لدى المعاق بصرياً فى مرحلة المراهقة ، وأن قلقه يرجع إلى نقص الثقة فيما يتعلق بكفاءته الإجتماعية ومظهره الشخصى وعدم قدرته على التكيف مع كف البصر. ففى مرحلة المراهقة ، يواجه المعوقون بصرياً صعوبات قد تبعده عن الجماعة المبصرة وذلك لعدم استطاعته رؤية السلوك والملبس المناسب ، والمظاهر الأخرى المهمة فى حياة المراهقين ، وبما أن تقبل الإعاقة يعتبر أمراً حاسماً وخطوة أساسية بالنسبة لعملية التوافق ، فمن الضرورى التأكيد عليه خلال المراحل النمائية المختلفة للوصول بالفرد إلى مفهوم واقعى للذات والإعاقة . وإذا كان الفرد يحقق فى مرحلة المراهقة الإستقلالية فإن الإعتمادية التى تفرضها الإعاقة ، قد تطول وتمنع من بعض الحقوق التى يتميز بها الآخرون فى نهاية مرحلة المراهقة . (منى الحديدى ، ١٩٩٦ : ٣٦)

هذا إلى جانب الصراعات النفسية التى يتعرض لها المراهقون ، والتى من بينها الصراع بين الاستقلال والحاجة إلى المساندة والتدعيم ، والصراع بين تحقيق الذات والضغوط الاجتماعية ، والصراع بين ضبط الأنا الأعلى والمثيرات والضغوط الاجتماعية ، والصراع بين تحقيق الدوافع وإشباع الحاجات ومطالب الواقع وضرورة التوافق الإجتماعى ، والصراع بين الضغوط الخلقية والدينية والقيمية ونقص القدرة على اتخاذ القرار . (حامد زهران ، ١٩٩٠ : ٣٢٣ - ٣٢٨)

كما يعلق المراهق أهمية كبيرة على جسمه النامى وتزداد أهمية مفهوم الجسم أو الذات الجسمية ، حيث يهتم المراهق بجسمه والحساسية للنقد فيما يتعلق بالتغيرات الجسمية الملحوظة والسريعة معقدة الجوانب وتكوين المراهق صورة ذهنية تتغير بطبيعة الحال مع التغيرات التى طرأت على الجسم ويتطلب نوعاً من التوافق وتكوين مفهوم موجب عن الجسم النامى ، ويسهم الآخرون فى نمو مفهوم الجسم عند المراهق وهكذا تنعكس أهمية مفهوم الجسم فى الوظيفة الإجتماعية والتفاعل الإجتماعى للمراهق (محمد عبدالظاهر الطيب ، ١٩٨٠ : ٣٨) . هذا إلى جانب أنه فى مرحلة المراهقة يتفاعل إدراك تهديد تقدير الذات فى موقف ما مع سمة القلق العالية ليجعل الشخص فى حالة قلق زائد . فالظروف البيئية التى تنمو فيها سمة القلق العالية يجعلنا نستنتج أن الأشخاص ذوى سمة القلق العالية قد عودتهم بيئتهم على توقع الشر والأذى منها ، ومن هنا تؤثر خبراتهم المؤلمة مع البيئة على إدراكهم للمواقف المختلفة التى يعيشونها مع الآخرين فى المراهقة فيتوقعون منها الشر والأذى ويسيطر عليهم التوجس والتطير ولايثقون فى قدرتهم على النجاح والسيطرة على الموقف ولايثقون فى مساندة الآخرين لهم . (كمال مرسى ، ١٩٧٨ : ٧٠ - ٧١)

وهكذا يتبين مما سبق أن مرحلة المراهقة تعتبر من أكثر المراحل العمرية التى يكثر بها الصراعات والاضطرابات النفسية عموماً وتزداد حدة هذه الصراعات والاضطرابات لدى ذوى الإعاقة البصرية بشكل خاص والتى من بينها القلق ، ولذا وقع الاختيار على هذه المرحلة العمرية لتمثل عينة الدراسة الحالية .

الجنـــس :

يعتبر متغير الجنس من المتغيرات الهامة التى شغلت عدداً كبيراً من

الدراسات فى علم النفس التجريبى منذ بداية القرن العشرين ، ويبدو أن دراسة الفروق بين الجنسين في القلق احتلت مركزاً بارزاً فى منتصف هذا القرن ، فقد أجرى الباحثون دراسات عديدة على عينات من أعمار وثقافات مختلفة .

ويشير كمال مرسى (١٩٧٨ : ١٠١ - ١٠٢) إلى أنه من خلال تحليل الدراسات التى أجريت على الفروق بين الجنسين فى القلق ، تبين أن هناك ثلاثة نتائج متباينة ، فهناك مجموعة من الدراسات أشارت إلى أن الإناث أكثر قلقاً من الذكور ، بينما أشارت مجموعة أخرى إلى أن الذكور أكثر قلقاً من الإناث أما الثالثة فقد أشارت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين فى القلق .

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة فى مجال الإعاقة البصرية ، اتضح عدم وصول تلك الدراسات أيضا إلى رأى فاصل فى العلاقة بين متغير الجنس والقلق ففى الوقت الذى أظهرت فيه دراسة حسن الجبالى (١٩٨٩) ، ودراسة أحمد الشافعى (١٩٩٣) ، ودراسة أحمد العمرى (١٩٩٤) عدم وجود فروق بين الجنسين ، أشارت دراسة أميرة الديب (١٩٩٢) ، ودراسة رشاد عبدالعزيز (١٩٩٤) إلى ارتفاع القلق عند الإناث عنه عند الذكور ، بينما فى المقابل نجد دراسة عبدالعزيز الشخص (١٩٩٢) تشير إلى ارتفاع القلق عند الذكور بمقارنتهم بالإناث ، ولذلك تم حساب الفروق بين الجنسين باستخدام مقياس القلق للمكفوفين إعداد : عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص

جدول (٢)

دلالة (ت) للفروق بين متوسطات الجنسين فى القلق

البيان / المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت	الدلالة	مستوى الدلالة
الذكور	٧٩	٤٢,٦١	١٧,٢٤	,١٩	,٨٤٦	غير دالة
الإناث	٧٧	٤٢,٠٩	١٥,٩٦			

يتضح من الجدول (٢) : عدم وجود فروق دالة احصائياً بين الجنسين فى القلق وهذا يدل على تجانس عينة الدراسة الحالية فى هذا المتغير .

وبناءً على تلك النتيجة تم اختيار عينة الذكور لتمثل أفراد العينة التجريبية وذلك لصعوبة الإجراءات المتبعة فى مدارس البنات فى تطبيق البرامج العلاجية المستخدمة فى الدراسة الحالية وخاصة أن البرنامجين سوف يتم تطبيقهما بعد انتهاء اليوم الدراسى وهذا ما لا يسمح به داخل تلك المدارس .

نوع الإقامة :

إن أسلوب الرعاية المستخدم مع ذوى الإعاقة البصرية له تأثير كبير عليهم فقد يؤدى إلى ارتفاع مستوى قلقهم ذكوراً كانوا أم إناثا ، كما أنه قد يؤدى بهم إلى سلبية إتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية . (عبدالعزيز الشخص ، ١٩٩٢ : ١٥٩)

فلقد أكدت العديد من الدراسات مثل دراسة بيومان .Bauman, M (١٩٦٤) ودراسة هاردى .Hardy, R (١٩٦٧) ، ودراسة عبدالعزيز الشخص (١٩٩٢) على أن ذوى الإعاقة البصرية الذين يقيمون إقامة داخلية هم أكثر قلقاً من المقيمين إقامة خارجية .

فلقد أشار محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٨٠) إلى أنه بالرغم من أن نتائج دراسته توصلت إلى عدم وجود فرق دال احصائياً بين متوسطات درجات كل من مجموعة الذكور ومجموعة الإناث فى الإقامة الداخلية والخارجية فى التوافق الشخصى والإجتماعى والتوافق العام ، إلا أن تحليل النتائج أظهر أن توافق المكفوفين (المقيمين داخلياً) توافق زائف مع البيئة المحدودة (بيئة الدراسة) حيث أن هذا التوافق حرمهم من اكتساب المهارات الاجتماعية ، كما لم تقدم لهم صورة صادقة عن المجتمع الطبيعى ، فلم يستطعوا أن يتحرروا من ميولهم المضادة للمجتمع الذى يشعروا بأنه يرفضهم ويعزلهم .

وبحساب الفروق بين الذكور المقيمين إقامة داخلية والمقيمين إقامة خارجية على مقياس قلق المكفوفين تبين مايلى :

جدول (٣)

دلالة (ت) للفروق بين متوسطات المقيمين داخليا وخارجيا فى القلق

البيان / المجموعة	ن	المتوسط	الإنحراف المعيارى	قيمة ت	الدلالة	مستوى الدلالة
المقيمين داخليا	٥٣	٤٥,٣٦	١٧,٣٤	١٤,٢٩	٠,٠٠١	دالة
المقيمين خارجيا	٢٦	٣٥,٣٨	١٢,٦٢			

يتضح من الجدول (٣) : وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور المقيمين داخلياً والذكور المقيمين خارجياً وهذا يدل على أن الذكور المقيمين إقامة داخلية أكثر قلقاً من المقيمين إقامة خارجية .

وبناءً على ذلك سوف تكون العينة التجريبية من الذكور المقيمين إقامة داخلية.

السن عند حدوث الإعاقة :

يشير كيرك وجالاغر .Kirk, S. & Gallagher, J (١٩٨٦ : ١٧٧) إلى أن الأطفال الذين يولدون لديهم إعاقة بصرية لايدركون أنهم مختلفون حتى يبدأ الناس فى معاملتهم بشكل مختلف أو الإشارة إلى أنهم لايستطيعون عمل أشياء لأنهم لايستطيعون الرؤية ، بينما نجد أن الذين فقدوا بصرهم بعد أن كانوا مبصرين يميلون إلى أن يمروا بمراحل عديدة منها التحسر ، الإنسحاب ، الرفض ، إعادة التقييم ، وأخيراً وبعد التدريب والتفاعل مع المبصرين قد يأتى تقبل الذات .

ففى حين أن كف البصر قد يطبع صاحبه بسمات ضعف الثقة بالنفس ، وعدم الشعور بالأمن والتبعية ومن ثم إلى العزلة والإنطواء ، فإن كف البصر المفاجئ يصيب صاحبه بالإنقباض وفى بعض الحالات قد يتحول إلى سلوك عدوانى . (منال منصور ، ١٩٨٥ : ٨٨ - ٨٩) فالشخص الذى فقد البصر فى سن متأخر فجأة يلقى عليه جميع القيود والمضايقات المتعلقة بهذه العاهة ، وأخطرها تعذر الحركة بسهولة وعدم القدرة

على التحكم فى البيئة ، وهذه القيود مضاف إليها شعور الشخص بأنها ستلازمه طوال حياته تصبح فى غاية القسوة والألم . ومثل هذا الشخص يتصرف نحو مأساته بنفس الطريقة التى يتصرف بها الأشخاص الذين يعيشون في مواقف شاذة وتحت ظروف غاية فى القسوة .(مختار حمزة ، ١٩٧٩ : ١٢١)

حينما تم استعراض الدراسات التى تناولت متغير القلق لم يُعثر بينها على من اهتم بدراسة متغير السن عند حدوث الإعاقة ، ولما قد يكون لهذا المتغير من تأثير في مستوى القلق ، لذلك تم حساب الفروق بين الذكور الذين فقدوا بصرهم قبل سن الخامسة والذين فقدوا بصرهم بعد سن الخامسة على مقياس قلق المكفوفين .

جدول (٤)

دلالة (ت) للفروق بين متوسطات من فقدوا البصر قبل الخامسة وبعدها فى القلق

البيان / المجموعة	ن	المتوسط	الإنحراف المعيارى	قيمة ت	الدلالة	مستوى الدلالة
الذين فقدوا بصرهم قبل سن الخامسة	٥٢	٤١,٥٢	١٦,٧٣	,٠٧	,٩٤٠	غير دالة
الذين فقدوا بصرهم بعد سن الخامسة	٢٧	٤١,٨١	١٦,٤٥			

يتضح من الجدول (٤) : عدم وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور الذين فقدوا بصرهم قبل سن الخامسة والذين فقدوا بصرهم بعد سن الخامسة وهذا يدل على تجانسهم فى هذا المتغير

وبناءً على ذلك فسوف تكون العينة التجريبية من المجموعتين الذين فقدوا بصرهم قبل سن الخامسة والذين فقدوا بصرهم بعدها .

درجة الإعاقة :

لقد تم اختيار عينة الدراسة الحالية من الطلاب الذين فقدوا بصرهم تماماً ، والذين تبلغ حدة الإبصار لديهم أقل من ٦٠/٦ فى العينين معاً أو فى العين الأقوى

بعد التصحيح بالنظارات الطبية ، وقد تم استبعادحالات الضعف البصرى وذلك من خلال الإطلاع على ملفاتهم لتحديد درجة القصور البصرى لديهم ، وكذلك تم تحديد الطلاب الذين يعانون من إعاقات أخرى بجانب الإعاقة البصرية واستبعادهم من العينة .

عينة الدراسة التجريبية :

هكذا فقد تبين فى ضوء الدراسة الاستطلاعية للعينة الكلية ، أنه قد استقر الرأى على أن تكون العينة التجريبية من بين المراهقين الذكور الذين لديهم كف بصر كلى سواءً أكان فقد البصر كان قبل سن الخامسة أو بعدها ، والذين يقيمون إقامة داخلية .

وبناءً على ما تقدم فقد تم الرجوع إلى درجات التلاميذ - ممن تنطبق عليهم الشروط السابقة - الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق للمكفوفين والذين صنفهم المقياس ضمن فئة مرتفعى القلق وكان عددهم (٢٤) طالباً بمدرستى النور للمكفوفين بالزقازيق ، ومدرسة طه حسين للمكفوفين بالزيتون ، ولكى نطمئن إلى أن قلق هؤلاء الطلاب ليس عرضاً لأحد الأمراض النفسية ، فقد تم تطبيق استبانة مستشفى ميدل سكس (M.H.Q) ترجمة وتقنين : رشاد عبدالعزيز (١٩٩٤) ، وبناءً عليها فقد تم استبعاد طالبين ترتفع درجات أحدهما فى مقياس الاكتئاب وترتفع درجات الطالب الآخر فى مقياس توهم المرض .

وبعد أن تم التأكد من انخفاض درجات باقى الطلاب على الأبعاد الفرعية لاستبانة مستشفى ميدل سكس وارتفاعها فى بُعد القلق ، فقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبيتين وأخرى ضابطة ، ونظراً لوجود برنامجين علاجين يمثل أحدهم الاستراتيجيات السلوكية والآخر يمثل أحد الاستراتيجيات المعرفية فقد تم إجراء الخطوات التالية :

الخطوة الأولى :

تم خلالها تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية (إعداد الباحث) ، وقد تبين أن بعض أفراد العينة أكثر تمسكاً بالأفكار اللاعقلانية من الآخرين

لذلك تم وضع هؤلاء الطلاب في مجموعة العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي وعددهم (٦) طلاب .

الخطوة الثانية :

لقد أفادت الدراسة التي قام بها أوست وآخرون .Ost, L. et. al (١٩٨١) بأنه يفضل أن يستخدم التحصين التدريجي مع أولئك الأفراد الذين يعانون من ردود فعل فسيولوجية (أي يظهروا توترهم في المواقف المختلفة) ، وبناء عليه فقد تم الرجوع إلى درجات باقي أفراد العينة على المقياس الفرعي "الأعراض الفسيولوجية للقلق" في مقياس قلق المكفوفين لتحديد الطلاب الذين حصلوا على درجات مرتفعة في ذلك البعد مع ارتفاع درجاتهم في الوقت ذاته على المقياس ككل ، وقد تم ضمهم إلى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجي وعددهم (٦) طلاب .

الخطوة الثالثة :

في هذه الخطوة تم وضع (٦) طلاب في مجموعة العينة الضابطة . وقد تبقى بهذا (٤) طلاب من الذين صنفهم مقياس قلق المكفوفين بأنهم مرتفعي القلق ، وهؤلاء تم أخذهم في الدراسة الاستطلاعية للبرامج العلاجية بواقع طالبين لكل برنامج .

وهكذا فقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات فرعية هي :

المجموعة الأولى : هي مجموعة العلاج بالتحصين التدريجي وتتكون من (٦) طلاب .

المجموعة الثانية : هي مجموعة العلاج العقلاني الإنفعالي وتتكون من (٦) طلاب .

المجموعة الثالثة : هي المجموعة الضابطة والتي لم تتلق أي علاج وتتكون من (٦) طلاب .

ولتحقيق التجانس بين افراد المجموعات الثلاث ، فقد تم ضبط المتغيرات التالية :

العمر الزمني :

لتحقيق التجانس بين أفراد العينة (المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة) في العمر الزمني فقد تم اختيارهم من ذوي الإعاقة البصرية في مرحلة المراهقة .

جدول (٥)

تحليل التباين الاحادى للمجموعات المستقلة المتساوية العدد فى العمر الزمنى

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التباين بين المجموعات	٢	,١١١	,٠٥٦		
التباين داخل المجموعات	١٥	١٨,٣٣	١,٢٢	٠,٠٤٦	٠,٩٥٦
التباين الإجمالى	١٧	١٨,٤٤			

يتضح من الجدول (٥) أن قيمة (ف) = ٠٤٦, وهى غير دالة .

وهذا يعنى عدم وجود فروق دالة احصائياً بين المجموعات الثلاث فى العمر الزمنى وهذا يدل على تجانس العينات الثلاث فى العمر الزمنى .

مستوى الذكاء :

تم تطبيق مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين على المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة .

جدول (٦)

تحليل التباين الاحادى للمجموعات المستقلة المتساوية العدد فى الذكاء

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التباين بين المجموعات	٢	٢,٧٨	١,٣٩		
التباين داخل المجموعات	١٥	١٠٣٤,٣	٦٨,٩٦	٠,٠٢٠	٠,٩٨٠
التباين الإجمالى	١٧	١٠٣٧,١			

يتضح من الجدول (٦) أن قيمة (ف) = ٠٢٠,٠ وهى غير دالة .

وهذا يعنى عدم وجود فروق دالة احصائياً بين المجموعات الثلاث فى مستوى الذكاء وهذا يدل على تجانس العينات الثلاث فى الذكاء .

المستوى الإجتماعى الإقتصادى :

لتثبيت أثر المستوى الإجتماعى الاقتصادى فقد تم التأكد من تجانس أفراد المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة فى هذا المتغير باستخدام مقياس تقدير الوضع الإجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية (المعدل) .

جدول (٧)

تحليل التباين الاحادى للمجموعات المستقلة المتساوية العدد فى المستوى الإجتماعى الإقتصادى

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع الدرجات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التباين بين المجموعات	٢	٣٤,٣٣	١٧,١٧	٠,٠٧٢	٠,٩٣١
التباين داخل المجموعات	١٥	٣٥٨٢,١٦	٢٣٨,٨١		
التباين الإجمالى	١٧	٣٦١٦,٥			

يتضح من الجدول (٧) أن قيمة (ف) = ٠٧٢,٠ وهى غير دالة .

وهذا يعنى عدم وجود فروق دالة احصائياً بين المجموعات الثلاث فى المستوى الإجتماعى الاقتصادى وهذا يدل على تجانس العينات الثلاث فى المستوى الإجتماعى الاقتصادى.

مستوى القلق :

ولقد تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة فى

مستوى القلق قبل تطبيق البرنامجين العلاجيين على المجموعتين التجريبيتين حتى يمكن مقارنتهما بنتائج التطبيق البعدى وكذا مقارنتهم بالمجموعة الضابطة والتى لم يتعرض أفرادها لأى برنامج علاجي .. وقد استخدم الباحث مقياس قلق المكفوفين إعداد : عادل الأشول وعبدالعزيز الشخص لهذا الغرض .

جدول (٨)

تحليل التباين الاحادى للمجموعات المستقلة المتساوية العدد

فى مستوى القلق

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التباين بين المجموعات	٢	١,٠٠	,٥٠	٠,٠٢٦	٠,٩٧٤
التباين داخل المجموعات	١٥	٢٩١,٥٠	١٩,٤٣		
التباين الإجمالى	١٧				

يتضح من الجدول (٨) أن قيمة (ف) = ٠٢٦, وهى غير دالة .

وهذا يعنى عدم وجود فروق دالة احصائياً بين المجموعات الثلاث فى مستوى القلق ، وهذا يدل على تجانس العينات الثلاث فى مستوى القلق .

الأدوات المستخدمة

تنقسم أدوات الدراسة الحالية إلى ما يلى :

(أ) أدوات القياس :

١- مقياس قلق المكفوفين إعداد : عادل عز الدين الأشول وعبدالعزيز الشخص

٢- استبانة مستشفى ميدل سكس إعداد : كرسب وآخرون Chrisp, A. & et. al.
ترجمة وتقنين : رشاد عبدالعزيز

٣- مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية إعداد : المؤلف

(ب) أدوات الضبط :

١- مقياس "وكسلر - بلڤيو" للذكاء الراشدين والمراهقين ترجمة وتقنين : لويس كامل مليكة

٢- مقياس تقدير الوضع الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية (المعدل)

إعداد : عبدالعزيز الشخص

(جـ) البرامج العلاجيـة :

١- برنامج العلاج بالتحصين التدريجى إعداد : المؤلف

٢- برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى إعداد : المؤلف

أ- أدوات القياس

١- مقياس القلق للمكفوفين

أعد هذا المقياس عادل عز الدين الأشول وعبدالعزيز الشخص (١٩٨٤) بهدف قياس القلق لدى المكفوفين فى البيئة المصرية .

ثبات المقياس :

تم حساب معامل ثبات المقياس بطريقتين :

(١) طريقة إعادة الإجراء : حيث طبق المقياس على عينة قوامها (٥٠) فرداً من المكفوفين والمكفوفات مرتان بفاصل زمنى قدره أسبوعان بين مرتى التطبيق ، وقد بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (٠,٧٩) .

(٢) طريقة التجزئة النصفية : وذلك باستخراج معامل الإرتباط بين جزئى المقياس (الزوجى والفردى) حيث بلغ (٠,٤٤) ثم استخدم الباحثان معادلة سبيرمان براون فى حساب الثبات وقد بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (٠,٦١) .

صدق المقياس :

تحقق الباحثان من صدق المقياس بطريقتين هما :

(١) الصدق المنطقي : حيث تم عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين في مجال الصحة النفسية .

(٢) الصدق العاملي : استخدم الباحثان أسلوب التحليل العاملي لاستخراج معاملات الإرتباط البينية بين بنود المقياس وكذلك درجة ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للتحقق من مدى سلامة البناء الداخلي للمقياس ، كما استخدم نفس الأسلوب بعد تدوير المحاور في استخراج العوامل الأساسية التي يتكون منها المقياس واتضح بعد استخراج النتائج تشبع العامل الأول بتسع من بنود المقياس ، بينما تشبع العامل الثاني بسبع وعشرون بنداً ، وتشبع العامل الثالث بتسعة عشر بنداً ، كما تشبع العامل الرابع بعشر بنود ، وتشبع العامل الخامس بثمان بنود، أما العامل السادس فقد تشبع بخمس بنود فقط وبلغت مستوى دلالتها الإحصائية جميعا (٠,٠١) من الثقة .

واستناداً إلى ما أسفرت عنه نتائج عملية التحليل العاملي لبنود المقياس ، وجد أن القلق لدى المكفوفين يتضح في ستة مكونات أساسية هي :

١- زملة أعراض فسيولوجية مصاحبة للقلق .
٢- زملة أعراض إنفعالية تعبر عن عدم الثقة بالنفس والشعور بالدونية وتأنيب الضمير والشعور بانعدام قيمة الذات وعدم القدرة على التوافق الشخصي .
٣- الشعور بالعزلة الإجتماعية ويعبر عنها عدم القدرة على التوافق الإجتماعي والحساسية الإجتماعية وعدم الشعور بالإنتماء إلى الجماعة ومحاولة تجنب المواقف الإجتماعية .
٤- اضطراب عمليات التفكير والذاكرة وصعوبة تركيز الإنتباه .
٥- الشعور بعدم الأمن حيال المستقبل المهني والأسري .
٦- صعوبة مواجهة متطلبات الحياة اليومية .

معايير المقياس :

لقد تم حساب الدرجة المعيارية المقابلة لكل درجة من الدرجات الخام التي حصل عليها أفراد عينة التقنين ، وذلك بهدف تحديد الدرجة الخام المحددة لمستوى القلق المرتفع وتلك الدرجة التي تحدد المستوى المنخفض للقلق لدى المكفوفين .

وقد تبين أن الأفراد الذين يحصلون على درجات خام (٥٦) فأكثر يمكن اعتبارهم من ذوى القلق المرتفع ، بينما يعتبر الأفراد الذين يحصلون على درجات خام (٢١) فأقل من ذوى القلق المنخفض . أما الأفراد الذين يحصلون على درجات خام تنحصر بين (٢١ ، ٥٦) فيمكن اعتبارهم من ذوى القلق المتوسط بالنسبة لعينة التقنين .

٢- استبانة مستشفى ميدل سكس :

أعد استبانة مستشفى ميدل سكس Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ) كرسب وآخرون Chrisp, A. et al. (١٩٧٨) وقام رشاد عبدالعزيز موسى (١٩٩٤) بترجمتها للعربية وتقنينها على المكفوفين بهدف قياس الأعصبة النفسية لديهم .

وتحتوى الاستبانة على ستة مقاييس فرعية لقياس القلق Anxiety والرهاب Phobia والوسواس Obsession والأعراض السيكوسوماتية Psychosomatic والهستيريا Hysteria ، والإكتئاب Depression .

ثبات الاستبانة :

تم حساب ثبات المقاييس الفرعية للاستبانة بطريقة ألفاكرونباخ ، وذلك بتطبيقها على عينة من المكفوفين والكفيفات بلغت خمسين طالباً وطالبة (كان المتوسط الحسابى لأعمارهم = ١٦,٢٥ سنة ، والإنحراف المعيارى - ١,٣٧) . وعلى عينة أخرى مكونة من مائة طالب وطالبة فى الفرقة الثانية من المرحلة الثانوية من المبصرين (المتوسط الحسابى لأعمارهم = ١٥,٨٩ سنة ، والإنحراف المعيارى = ٢,٢١) .

ولقد اتضح من النتائج ما يلى :

أولا : بالنسبة لعينة المكفوفين : تراوحت معاملات الثبات للمقاييس الفرعية لاستبانة مستشفى ميدل سكس من ٠,٦٢ إلى ٠,٧٥ وكلها معاملات دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

ثانيا : بالنسبة لعينة المبصرين : تراوحت معاملات الثبات للمقاييس الفرعية للاستبانة من ٠,٥٩ إلى ٠,٦٩ وكلها معاملات دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

صدق الاستبانة :

تم حساب صدق المقاييس الفرعية لاستبانة مستشفى ميدل سكس باستخدام طريقة الصدق التلازمي ، وذلك بتطبيق الاستبانة مع مقياس زونج لتقدير الإكتئاب إعداد : رشاد عبدالعزيز موسى (١٩٩٣) على نفس عينة الثبات سالفة الذكر ، وتشير النتائج إلى ما يلي :

أولا : بالنسبة لعينة المكفوفين :

تراوحت معاملات الإرتباط بين المقاييس الفرعية لاستبانة مستشفى ميدل سكس ومقياس زونج للإكتئاب لعينة المكفوفين من ٠,٦٩ إلى ٠,٨٣ وكلها معاملات دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

ثانيا : بالنسبة لعينة المبصرين :

تراوحت معاملات الإرتباط بين المقاييس الفرعية لاستبانة مستشفى ميدل سكس ومقياس زونج للإكتئاب لعينة المبصرين من ٠,٦١ إلى ٠,٧٤ وكلها معاملات دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

وقام رشاد عبدالعزيز بإدخال بعض التعديلات على ميزان التقدير لعبارات الاستبانة ، حيث أن بعضها ثنائي الميزان ، والبعض الآخر ثلاثي الميزان ، ومن أجل توحيد ميزان التقدير لكل العبارات أخذ الباحث بالميزان الثلاثي لكل العبارات ، ويستجيب المفحوص على العبارات كما يلي : كثيراً (تعطى خمس درجات) ، وأحياناً (تعطى ثلاث درجات) ، وأبداً (تعطى درجة واحدة) ويتكون كل مقياس فرعي من ثمان عبارات ، ويتراوح مدى العبارات من ٨ درجات إلى ٤٠ درجة ، وتدل الدرجة المنخفضة على وجود العرض النفسي بدرجة بسيطة ، بينما تدل الدرجة المرتفعة على وجود العرض النفسي بكثرة .

٣- مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوي الإعاقة البصرية - إعداد : المؤلف

بالرغم من توافر عدد من المقاييس التي تقيس الأفكار اللاعقلانية في البيئة العربية والمصرية مثل اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية إعداد : سليمان الريحاني (١٩٨٥) ، ومقياس التفكير اللاعقلاني إعداد : عماد محمد أحمد (١٩٩٠) ،

ومقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال والمراهقين إعداد : معتز سيد ، ومحمد السيد (١٩٩٤) .. الخ ، إلا أنه كان من الضروري إعداد مقياس لتقدير الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية وذلك للأسباب التالية :

١- أن كل المقاييس السابقة - فى حدود ما تم الاطلاع عليه - سواء العربية منها أو الأجنبية قد تم تقنينها على عينات من المبصرين وليس هناك مقياساً قد تم تصميمه ليتوافق مع عينة الدراسة الحالية من ذوى الإعاقة البصرية .

٢- استندت المقاييس التى تم تصميمها سابقاً إلى الإحدى عشرة فكرة اللاعقلانية التى وضعها إليس .Ellis, A ، وهذه الأفكار إن كانت تتناسب مع المبصرين فقد لاتتناسب مع ذوى الإعاقة البصرية ، وذلك لاختلاف المؤثرات التى قد يتعرضون لها نتيجة الإعاقة البصرية التى ألمت بهم ، فاختلاف المواقف الحياتية التى يعايشونها فى حياتهم الماضية والحاضرة وأفكارهم المستقبلية لها دور كبير فى شعورهم بالاضطراب عامة والقلق خاصة .

ولقد سبق أن أيّد سليمان الريحانى (١٩٨٥) وجهة النظر هذه حينما حاول التأكد من أن الأفكار التى وضعها إليس لتناسب الحضارة الغربية هل يمكن أن تتناسب مع الثقافة العربية أم هى مخالفة لها ؟ ، وأثناء محاولته تطوير اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية وجد أن الأفكار التى وضعها إليس تلائم البيئة العربية إلا أنه أضاف فكرتين جديدتين تختص بهما بيئتنا العربية .

تلك الظاهرة التى أطلق عليها محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٨٩ : ١٢٣) التفكير غير المنطقى النوعى، فكما أن هناك أفكاراً غير عقلانية رئيسية - تلك التى وضعها إليس - والتى من المحتمل أن يتبعها البشر ، فهناك أيضاً مجموعة من الأفكار النوعية غير المنطقية يمكن أن يتمسك بها مجموعة من الأفراد ممن تميزهم خصائص معينة .

وهذا ما سبق أن أشار إليه سميث وهوستون .Smith, T. & Houston, B (١٩٨٤) فى دراستهما بأن هناك ما يعرف بالأفكار اللاعقلانية العامة والخاصة وأن تلك الأفكار الخاصة هى التى تميز فئة عن غيرها من الفئات الأخرى ، كما أنها تكون أكثر صلة بالاضطراب المقاس (كان فى دراستهما هو الكرب الإنفعالى) .

ولذلك كان لابد للباحث الحالى أن يختبر مدى انتشار أفكار إليس بين ذوى الإعاقة البصرية وهل هناك أفكار لاعقلانية أخرى يمكن أن تميز هذه الفئة عن غيرها من الفئات الأخرى .

٣- لقد أشارت دراسة كل من سميث .Smith, T (١٩٨٣) ، سميث وهوستون Smith, T. & Houston, B. (١٩٨٤) ، ومالوف وشوت ,Malouff J. & Schatte, N. (١٩٨٦) ، وزوراوسكى وسميث & .Zurawski, R Smith, T. (١٩٨٧) ، وهاجا ودافيسون ,Haaga, D. & Davison G. (١٩٩٣) إلى أن القياسات الأكثر شيوعاً للاعتقادات والأفكار غير العقلانية تفتقد إلى الصلاحية المميزة ، وذلك لأن معظم واضعى هذه المقاييس يحدث لديهم خلط بين مقاييس الأفكار غير العقلانية ومقاييس الإنفعالات السلبية وهنا مكمن الخطورة فى هذه المقاييس ، حيث أن هذه المقاييس اللاعقلانية قد تقيس بدون أن يدرى مصمموها أشياء أخرى كالقلق أو الإكتئاب أو الشعور بالذنب .. وإلى غير ذلك من الإنفعالات وليس الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية ، لذا لابد على مصمم مقياس الأفكار اللاعقلانية – على حد ما جاء فى هذه الدراسات – أن ينتبه لذلك وأن تعكس بنود المقياس الذى يصممه الإعتقادات فقط وليست العواقب الإنفعالية أو السلوكية .

وهكذا يتبين من العرض السابق ضرورة وضع مقياس جديد يتبع عدة أسس هى :

١- أن يتضمن المقياس أفكاراً لاعقلانية تلائم ذوى الإعاقة البصرية بصفة خاصة .

٢- أن تعبر عبارات المقياس عن أفكار ومعتقدات وليس انفعالات ومشاعر سلبية .

٣- أن تتناسب عباراته مع العمر الزمنى لعينة الدراسة .

خطوات بناء المقياس :

لقد مر بناء المقياس بعدة خطوات ، هى :

١- الإطلاع على بعض المقاييس التى أجريت فى مجال الأفكار العقلانية واللاعقلانية .

٢- الدراسة الإستطلاعية .

٣- وضع الصورة المبدئية للمقياس .
٤- كفاءة المقياس .
٥- الصورة النهائية للمقياس .

وفيما يلى شرح للخطوات السابقة :

١- الإطلاع على بعض المقاييس التى أجريت فى الميدان :

لقد قام الباحث - قدر إمكانه - بالإطلاع على أكبر عدد من الدراسات والبحوث فى موضوع التفكير اللاعقلانى والتشويه المعرفى ، هذا إلى جانب الدراسة المتأنية لعدد من الأدوات المتاحة ، ومنها :

* اختبار المعتقدات اللاعقلانية إعداد : جونز .Jones, G (١٩٦٨)
* اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية إعداد : سليمان الريحانى (١٩٨٥)
* مقياس المعتقدات غير العقلانية
إعداد : مالوف وشوت .Malouff, J. & Schutte, N (١٩٨٦)
* استبيان الأحكام التلقائية عن الذات إعداد : ممدوحة سلامة (١٩٨٧)
* مقياس التفكير اللاعقلانى إعداد : عماد محمد أحمد (١٩٩٠)
* مقياس الأفكار اللاعقلانية إعداد : هوبر لاين Hoper & Layne
ترجمة وتقنين : معتز عبدالله ومحمد السيد (١٩٩٤)

٢- الدراسة الإستطلاعية للمقياس :

لقد تم إعداد عدد من الإستمارات الإستطلاعية الصور (أ ، ب ، جـ) بهدف الكشف عن مدى إنتشار الأفكار اللاعقلانية التى وضعها إليس بين ذوى الإعاقة البصرية ، وكذلك التعرف على الأفكار اللاعقلانية التى تميز تلك الفئة ، وبيان تلك الاستمارات على النحو التالى :

- **الصورة (أ)** : وهى خاصة بالسادة المدرسين والأخصائيين النفسيين والإجتماعيين بمدارس النور للمكفوفين (مدرسة النور بالزقازيق ، مدرسة طه حسين للمكفوفين بالزيتون ، مدرسة النور للكفيفات بمصر الجديدة) ، وذلك لقربهم

ومعايشتهم اليومية لذوى الإعاقة البصرية ، ومن ثم فهم أجدر من غيرهم على التعرف على أنماط التفكير المختلفة التى يتمسك بها البعض منهم ، ولذلك تمت صياغة استفتاء من النوع المفتوح حتى نضمن إتاحة الفرصة الكافية أمام المستجيب للتفكير الحر الطليق فى مناقشة الأفكار التى تم طرحها عليه ، كما أن ذلك يساعد إلى حد كبير فى تحديد أبعاد المقياس وصياغة مفرداته .

- **الصورة (ب)** : وهى خاصة بالتلاميذ ذوى الإعاقة البصرية ، وقد تم تطبيقها فى لقاءات مفتوحة مع التلاميذ ، تم خلالها طرح الأفكار اللاعقلانية التى حددها إليس لمحاولة التعرف على رأيهم بها ، وكذا طرح أسئلة لاستكشاف الأفكار التى يتمسكون بها والتى لم تُطرح من خلال النظرية العقلانية الإنفعالية السلوكية .
- **الصورة (جـ)** : وهى خاصة بالسادة أعضاء هيئة التدريس ، وحُرص بقدر الإمكان أن يكون من بين السادة أعضاء هيئة التدريس من سبق له التعامل مع فئة ذوى الإعاقة البصرية من خلال الرسائل والأبحاث العلمية وكذا من عمل فى مجال العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ، وفى هذه الإستمارة تم استعراض الأفكار التى عرضها إليس فى نظريته ، وتم سؤالهم عن رؤيتهم فى مدى انتشار هذه الأفكار بين ذوى الإعاقة البصرية ، وما هى الأفكار التى يمكن أن تؤمن بها هذه الفئة غير الأفكار التى طرحها إليس .

وبعد ذلك تم جمع استمارات استطلاع الرأى الصور (أ ، ب ، جـ) ثم تم تحليل الإجابات وحصر الأبعاد الرئيسية للأفكار اللاعقلانية التى تنتشر بين فئة ذوى الإعاقة البصرية وهكذا أسفرت الدراستين النظرية والإستطلاعية عن عشرة أبعاد للأفكار اللاعقلانية التى يتمسك بها ذوو الإعاقة البصرية ، ثلاثة من هذه الأفكار من ضمن الأفكار التى طرحها إليس آنفا وهى (توقع الكوارث ، والمبالغة فى طلب الكمال والإعتماد على الآخرين) ، وهناك سبعة أفكار أخرى جديدة وُجد أن ذوى الإعاقة البصرية أكثر تمسكاً بها من تلك التى عرضها إليس فى نظريته وهى (وهم استعادة البصر ، وإخفاء علامات كف البصر ، ونظرة المجتمع السلبية للكفيف ،

وضيق الآخرين من الكفيف ، والعزلة الإجتماعية ، والشعور بالتعاسة ، وكآبة المستقبل) .

٣- وضع الصورة المبدئية للمقياس :

للوصول إلى الصورة الأولية للمقياس أجريت العمليات التالية :

أ – تحديد أبعاد المقياس :

بناء على ما سبق استطاع الباحث وضع مجموعة من التعريفات الخاصة بالأفكار اللاعقلانية وأبعادها على النحو التالى :

الأفكار اللاعقلانية لدي ذوي الإعاقة البصرية :

" هى مجموعة من المعتقدات والأفكار الخاطئة وغير المنطقية التى يؤمن بها ذى الإعاقة البصرية والتى تتسم بعدم موضوعيتها ، والمبنية على التوقعات السلبية ، وعلى المبالغة ، والتعميم ، والثنائية والتطرف ، وأخطاء الحكم والإستنتاج ، وبما لايتفق والإمكانات الفعلية للفرد " ، وهذه المعتقدات والأفكار اللاعقلانية هى :

الفكرة الأولى : إخفاء علامات كف البصر

" من الأفضل أن يخفى الفرد الأفعال والسلوكيات الدالة على كف البصر حتى ينال قبول واستحسان الآخرين " .

هذه فكرة لاعقلانية .. يعتقد من يتبنى هذه الفكرة أنه من الأفضل إخفاء دلائل كف بصره عن الأفراد الذين لايعرفونه من قبل ، فنجده يتخلى عن الإمساك (استخدام) بالعصا للاسترشاد بها فى الطريق أو لايرتدى نظارة معتمة – فى حالة عدم وجود عيب خلقى بالعينين – حتى يبدو مبصراً أمام الآخرين ، مما يضع الشخص فى مواقف تزيد من حجم المشكلات التى يواجهها ويعمق شعوره بالعجز والإحباط أثناء تفاعله مع البيئة ومع من حوله ، فتزداد الفجوة بينه وبين بيئته والآخرين مما ينعكس على تقبله لذاته وتقبله للآخرين .

أما الشخص العقلانى .. هو الذى لايخفى ما لايمكن إخفاؤه ، فهو يدرك أن

كف البصر ليس وصمة عار أو جريمة يجب التنصل منها ، وأن استخدامه لهذه الأدوات يعينه على الإستقلال ويقلل من إعتماده على الآخرين ، وقد صدق القائل : "من أعطى كف البصر حقه صار مبصراً" .

الفكرة الثانية : وهم استعادة البصر

" إن المستقبل يحمل أملاً جديداً في أن الله سيمن عليه بمعجزة تعيد إليه بصره أو في ظهور علاج يشفيه ".

هذه فكرة لاعقلانية .. حيث أن هذا أمل يصعب - أو يستحيل تحقيقه - ومن يتبنى هذه الفكرة من ذوى الإعاقة البصرية يعيش فى عالم من أحلام اليقظة تجعله يعتقد أنه من الممكن أن يستعيد بصره من جديد كما لو أنه مرض يُرجى الشفاء منه أو أن الله سوف يمن عليه بمعجزة ، وأن ما يعيش فيه ما هى إلا مرحلة وقتية يمر بها قد تطول أو تقصر ، لذا يجب عليه أن يستعد لهذه اللحظة .

أما الشخص العقلانى .. هو من يتقبل ذاته كما هى عليه ، ويتعايش مع إعاقته بصورة سوية ، ويكرس طاقته وجهده للتغلب على قصوره بتعويض ذلك فى المجالات التى يمكن أن يحرز فيها تقدماً ونجاحاً بما يتناسب وإمكاناته ، ويرضى بما قسمه الله له ، ويؤمن بأن كف البصر ليس نهاية العالم .

الفكرة الثالثة : نظرة المجتمع السلبية للكفيف

" بعض الناس يتحدثون عن الكفيف أو ينظرون إليه نظرة شفقة ورثاء أو تدني واحتقار ".

هذه فكرة لاعقلانية .. حيث أن من يتبنى هذه الفكرة يعتقد أن الآخرين ينظرون إليه إما نظرة شفقة ورثاء ، أو نظرة سخرية واستهزاء ، بل يتصور أن البعض ينظر إليه على أنه أقل منهم فى المرتبة الإنسانية ولايستطيع عمل أشياء نافعة لنفسه أو للمجتمع .

أما الشخص العقلانى .. هو من يبلغ من الفهم والتسامح ما يجعله يدرك أن هناك مواقفاً قد يتسبب فيها جهل المبصرين بطبيعة الكفيف إلى إيذاء مشاعرهم ،

وأن دوره هو أن يحاول أن يوضح لهم بأفعاله وتصرفاته أنه إنسان لاينقصه سوى حاسة من الحواس ، كما نجده يتجنب المبالغة فى تصوير موقف الآخرين منه لأن منهم من يريد مساعدته بالفعل لكنه يجهل الطريقة التى يقدم بها تلك المساعدة .

الفكرة الرابعة : ضيق الآخرين من الكفيف

" ضيق الناس المحيطين بالكفيف وقلقهم المستمر مصدره الأعباء التى يتحملونها عنه " .

هذه فكرة لاعقلانية .. حيث أن هذا التصور نفسى فى طبيعته ، فما قد يتحمله الآخرون عن الفرد الكفيف من بعض المسئوليات قد لاتكون بالضرورة سبب قلقهم أو مبعث ضيقهم ، ولكن الإدراك الذاتى المشوه من جانب الكفيف لاتجاهات المبصرين المحيطين به يرسخ هذه الفكرة لديه وينميها ، فالفرد يسبب الإضطراب لنفسه وذلك حين يضخم الأمور ويهول الأحداث كأن يقول لنفسه : "أنا السبب فى قلق والدى المستمر" ، " إن ضيق من حولى أنا السبب فيه " وإلى غير ذلك من الأحاديث الذاتية المثبطة للجانب النفسى لديه .

أما الشخص العقلانى .. هو من يدرك اتجاهات من حوله بطريقة سوية ، فكما أن الآخرين قد يتحملون بعض أعبائه فهو كذلك يمكنه أن يتحمل عنهم بعض أعبائهم فالحياة ليست كلها فى الأعباء المادية وحدها ولكن هناك أعباء نفسية ومعنوية يمكن أن يشاركهم فيها وليس بالضرورة أن تكون مصدراً لضيقه وقلقه .

الفكرة الخامسة : الإعتماد على الآخرين

" ينبغى أن يعتمد الكفيف على الآخرين ، ولذا يجب أن يعمل على إرضائهم ومسايرتهم خوفاً من فقدان سندهم " .

هذه فكرة لاعقلانية .. فمن يتبنى هذه الفكرة من ذوى الإعاقة البصرية يعتاد قبول المساعدة من الآخرين حتى لو كان قادراً على الإستغناء عنها ، ويتطور هذا الميل لديه ويعممه على جميع المواقف بصرف النظر عما إذا كان الموقف يستدعي المساعدة أم لا ، ولذلك نجده يطالب بالمساعدة دائماً مستنداً إلى مبرر مقبول ألا وهو إعاقته فيتحدث عن الصعوبات التى يعانى منها وكيف قام بمحاولات عديدة للتغلب عليها

ولكنه وجد أنه من الأيسر عليه الإعتماد على الآخرين ، ولذلك نجده يحاول إرضاء من يعتمد عليهم بأى صورة خشية أن يفقد مساعدتهم له ، غير أن الإعتمادية - بهذه الصورة - تودى إلى فقد القدرة على الإستقلال الذاتى والفشل فى التعلم وانخفاض تقدير الذات وعدم الشعور بالأمن لكونه تحت رحمة من يعتمد عليهم .

أما الشخص العقلانى .. هو من يعتمد على نفسه ، وفى نفس الوقت لايجد غضاضة فى تقبل التبعية حين تصبح هناك ضرورة حتمية دون ما سعى منه إليها ودون المساس باستقلاله الذاتى .

الفكرة السادسة : العزلة الإجتماعية

" ينبغى أن يبتعد الكفيف عن الآخرين حتى يسلم من مراقبتهم ونقدهم له " .

هذه فكرة لاعقلانية .. حيث أن من يتبنى هذه الفكرة من ذوى الإعاقة البصرية يعتقد أن الناس لايشغل بالهم إلا ملاحظته بنظراتهم ومراقبتهم لتصرفاته وأفعاله ، مما يثير لديه التوتر فيدفعه ذلك للإرتباك فيقع فى أخطاء كثيرة تجعله يؤمن بأن خير وسيلة للإبتعاد عن تلك المشكلات وهذه الأخطاء هى الإنعزال عن الآخرين .

أما الشخص العقلانى .. هو من يندمج مع أفراد المجتمع من حوله ويستمتع بتواجده معهم ويشاركهم أفراحهم وأحزانهم ، فهو يؤمن بأن لكل فرد نقائص وعيوب لاتنقص من قدره شيئاً ، وأنه لايمكن لأى إنسان أن يعيش بمعزل عن الآخرين ، فتجنب الناس والإبتعاد عنهم يثير فضولهم ويجعل من نفسه موضع لحديثهم ونقدهم .

الفكرة السابعة : الشعور بعدم الكفاءة والقيمة

" لكى يشعر الكفيف بكفاءته ينبغى أن يكون خاليا من أوجه القصور حتى يصل عمله إلى درجة الكمال ويستشعر قيمته فى الحياة " .

هذه فكرة لاعقلانية .. حيث يعتقد من يتبنى هذه الفكرة من ذوى الإعاقة البصرية أنه إذا ما فشل أو ارتكب خطأ ما عند أدائه عمل معين ، فإن خطأه وفشله

هذا يرجع لكونه كفيفاً ، ولذا فتبنى هذه الفكرة يؤدى به إلى الشعور بعدم الثقة بالنفس ، والإحساس بعدم القيمة والأهمية فى الحياة ، والإحساس الدائم بالنقص ، والخوف من الفشل ، كما تؤدى أيضاً إلى تشويه صورة الذات مهما بلغت من كفاءة .

أما الشخص العقلانى .. هو من يحاول أن ينجز عمله فى حدود إمكانياته وقدراته وحينما يخطئ لابد أن يعترف بخطئه ويتحمل تبعاته ولايرجع خطئه أو فشله لإعاقته ، وفى الوقت نفسه لايعتبر خطئه هذا كارثة ، ويبذل الجهد الذى يشعره بالاستمتاع بذلك النشاط كغاية فى ذاته وليس من أجل نتائجه .

الفكرة الثامنة : الشعور بالتعاسة

" الإعاقة هى مصدر ألم الكفيف وتعاسته فى الحياة . ولذا ينبغى إلقاء اللوم عليها" .

هذه فكرة لاعقلانية .. حيث يعتقد من يتبنى هذه الفكرة أن إعاقته هى سبب تعاسته وحزنه ، لذا فهو يلقى باللوم على الإعاقة - كف البصر - حتى يحمى نفسه من ضرورة الإعتراف بالأسباب الحقيقية التى تقف وراء معاناته النفسية ، فهو يعتبر كف البصر مأساة لايمكن قهرها .

أما الشخص العقلانى .. هو الذى لايسيطر عليه الشعور بالعجز والقصور، ويحاول التغلب على عقدة النقص الناتجة عن كف البصر ، ولايلقى باللوم على إعاقته أو نفسه بدون سبب واضح يدفعه لذلك ، فغالباً ما يؤدى إلقاء اللوم على الذات إلى اضطراب إنفعالى أشد مما يعانى منه الفرد .

الفكرة التاسعة : توقع الكوارث

" الأشياء الخطيرة أو المخيفة هى أسباب الهم والإنشغال الدائم للفكر لذا لابد أن يتوقعها الكفيف دائماً ويكون مستعداً لمواجهتها " .

هذه فكرة لاعقلانية .. حيث أن من يعتقد بهذه الفكرة من ذوى الإعاقة البصرية ينشغل بالتفكير الدائم فى أن البيئة من حوله مليئة بالمخاطر والكوارث والتحديات ، مما يعوقه عن التفكير والاستمتاع بالحياة ، وقد يؤدى ذلك إلى حدوثها بالفعل، كما أن المغالاة فى نتائج الأحداث يجعلها تبدو أكبر مما هى عليه فى الواقع .

أما الشخص العقلانى .. فهو الذى يعترف باحتمال وجود الأخطار ولكنه لاينظر إليها ككوارث متوقعة ، ويدرك أيضاً أن بعض الأشياء المخيفة ينبغى ممارستها إذا لم تنطوى على مخاطر حقيقية ، وذلك لكى يتخلص من الخوف من أشياء لاتخيف فى الواقع .

الفكرة العاشرة : كآبة المستقبل

" إن تأمين المستقبل المهنى والمادى للكفيف ضرب من المستحيل . كما أن الزواج وإعالة أسرة أمر صعب المنال " .

هذه فكرة لاعقلانية .. حيث يعتقد من يتبنى هذه الفكرة أن الحصول على مهنة مناسبة ذات عائد مادى مرضى أمل لايمكن تحقيقه ، كما أنه من العسير الإرتباط بفتاة مبصرة - أو فتى مبصر - وأنه إذا حدث هذا فلابد أن يكون هناك عيب ما بها يجعلها توافق على الإرتباط به ، هذا إلى جانب القلق بشأن القدرة على الوفاء بمتطلبات الحياة الزوجية بجميع أنواعها المادية والنفسية والإجتماعية .

أما الشخص العقلانى .. هو من يكون لديه من الثقة بالنفس ما يجعله يدرك أن كف البصر ليس بالعيب الخطير الذى يحول بينه وبين ممارسة الكثير من المهن ذات القيمة وذات العائد المادى المناسب والتى تتناسب مع إمكاناته وقدراته - والحياة تحفل بالعديد من نماذج المكفوفين الذين ارتقوا إلى مناصب مرموقة - كذلك ليس هو بالعيب الذى يجعل الفتيات - الفتيان- يحجمن عن الإرتباط به ، وأن إعالة أسرة والوفاء بمتطلباتها ليس بالأمر المستحيل .

ب- صياغة عبارات المقياس :

تكون المقياس فى صورته المبدئية من (١٠٠) عبارة تم توزيعها على أبعاد المقياس العشرة بواقع (١٠) عبارات لكل بعد ، وروعى عند إعداد وصياغة العبارات ما يلى :

١- أن تكون الألفاظ والعبارات الموجودة فى السؤال بسيطة وسهلة وليست غريبة أو غامضة بالنسبة لأفراد العينة .

٢- صياغة العبارات بصورة لاتوحى بإجابات معينة ولاتتضمن إلا فكرة واحدة حتى لايحدث سوء فهم لدى المفحوصين عند الإجابة عن السؤال .

٣- تجنب أسئلة لالزوم لها أو غير ضرورية .

جـ- العرض على المحكمين :

تم عرض المقياس على السادة أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية بكليات التربية بجامعة الزقازيق وعين شمس والأزهر وبنها ، وقسم علم النفس بآداب الزقازيق ، وذلك لإبداء الرأى فيها من حيث :

- تقدير ما إذا كانت العبارات الموضوعة تقيس ما وضعت لقياسه أم لا .
- مدى مناسبة العبارات لعمر العينة موضوع الدراسة .
- مدى مناسبة الأبعاد ، وما يمكن حذفه منها أو إضافته إليها .

وقام الباحث بتفريغ آراء السادة المحكمين وحساب التقدير الكمى والكيفى للاستجابات وتم ذلك على النحو التالى :

١- التقدير الكمى :

تم فيها حساب نسبة الإتفاق لكل عبارة حتى يمكن اتخاذ قرار بشأن الإبقاء على العبارات ذات مستوى الاتفاق المرتفع واستبعاد ما ينخفض عن مستوى الاتفاق عليه .

٢- التقدير الكيـفى :

حيث تم إجراء التعديلات وصياغة بعض العبارات بناءً على آراء المحكمين والمراجعة النهائية للعبارات ، وقد أسفرت هذه العملية عما يلى :

- حذف العبارات التى لاتنتمى إلى الأبعاد التى وضعت لقياسها وفقاً لما أسفر عنه التقدير الكمى .
- كما طلب بعض المحكمين تعديل صياغة بعض العبـارات ، وقد عرضت هذه العبارات بعد تعديـلها عليهم مرة أخرى - أعضاء هيئة التدريس - وأبـدوا موافقتهم على التعديل .

د- تحديد نوع الإستجابة وطريقة التصحيح :

بعد أن تم استعراض الطرق المختلفة فى عمل المقاييس وجد أن طريقة ليكرت Likert أنسب الطرق فى تقدير استجابة المفحوصين ، وهى التى تتدرج فيها الإجابة من أقصى درجات الموافقة إلى أقصى درجات الرفض ، وتعتبر النقطة الوسطى نقطة حيادية لايستطيع الفرد فيها أن يجزم باتجاهه وتتدرج طريقة ليكرت على خمس مستويات أدمجها الباحث فى ثلاثة مستويات فقط لتسهيل استجابة المفحوص لها ، وبذلك تكون كالتالى :

الاستجابة :	كثيرا	أحيانا	نادراً
الدرجـــة :	٣	٢	١

هـ- توزيع عبارات المقياس :

تم ترتيب البنود فى المقياس ترتيباً دائرياً بحيث يكون البند رقم (١) للبعد الأول (إخفاء علامات كف البصر) والبند رقم (٢) للبعد الثانى (وهم استعادة البصر) والبند رقم (٣) للبعد الثالث (نظرة المجتمع السلبية للكفيف) والبند رقم (٤) للبعد الرابع (ضيق الآخرين من الكفيف) والبند رقم (٥) للبعد الخامس (الإعتماد على الآخرين) والبند رقم (٦) للبعد السادس (العزلة الإجتماعية) والبند رقم (٧) للبعد السابع (عدم الكفاءة والقيمة) والبند رقم (٨) للبعد الثامن (التعاسة) والبند رقم (٩) للبند التاسع (توقع الكوارث) والبند رقم (١٠) للبعد العاشر (كآبة المستقبل) ، ليصبح البند رقم (١١) للبعد الأول .. وهكذا ، حتى نتجنب معرفة المفحوص باتجاه البنود فى المقياس .

و- إعداد التعليمات :

يعتمد صدق الإستجابات وثباتها إلى حد كبير على الطريقة التى تُعطى بها التعليمات ولذلك فقد تم مراعاة الدقة فى وضعها وصياغتها حتى لاتختلف النتائج باختلاف التعليمات ، وقد تم اتباع الخطوات التالية فى إعداد التعليمات ، حيث تم إلقائها على الطلاب ذوى الإعاقة البصرية بطريقة شفهية ، وقد قاموا هم بتسجيل استجاباتهم بطريقة برايل ، وتتمثل هذه الخطوات فيما يلى :

- شرح فكرة المقياس شرحاً دقيقاً حتى لايكون عدم فهم المفحوصين للتعليمات سبباً فى عدم إعطاء الإستجابات التلقائية .
- استخدام لغة سهلة وصحيحة وعبارات قصيرة ، حيث تبين أن التعليمات الطويلة قد تكون مضيعة للوقت .
- توضيح كيفية الإستجابة فى المقياس .. ولزيادة الإيضاح فقد تم ذكر أكثر من مثال توضيحى .
- التأكيد على أن ذكر الرأى بدقة وصراحة سوف يساعد على تحقيق أهداف البحث، ومن ثم يمكن تقديم الخدمات العلاجية فيما بعد .

٥- كفاءة المقياس :

تم تجريب المقياس فى صورته الأولية على عينة من التلاميذ ذوى الإعاقة البصرية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٤ : ١٩) عاماً وكانت قوامها (٥٠) تلميذاً وتلميذة من مدرسة النور للمكفوفين بالزقازيق ومدرسة طه حسين للمكفوفين بالزيتون ومدرسة النور للكفيفات بمصر الجديدة .

وبعد الانتهاء من الخطوات والإجراءات التى اتبعت فى إعداد وتصميم المقياس تبقى الإجراءات الخاصة التى اتبعت فى تقنين المقياس وضبطه ليصبح أداة علمية تستخدم للتعرف على الأفكار اللاعقلانية التى يتمسك بها ذوى الإعاقة البصرية وحتى تأتى النتائج موضوعية وصادقة ما أمكن ، ومن هذه الإجراءات ما يلى :

ثبات المقياس :

لقد تم استخدام عدة طرق للتأكد من ثبات المقياس هى :

أ- طريقة إعادة الإختبار :

إن خير طريقة لحساب الثبات هى حساب معامل الإرتباط بين درجات الإختبار فى المرة الأولى ودرجات هذا الإختبار فى المرة الثانية ، وعندما تثبت الدرجات فتصبح واحدة فى المرتين ليصبح معامل الإرتباط مساوياً للواحد الصحيح . (فؤاد البهى السيد ، ١٩٧٨ : ٣٧٨)

وقد تم تطبيق المقياس الحالي على عينة التقنين ، وبعد مرور فاصل زمني قدره أسبوعين ثم تطبيقه مرة أخرى على نفس المجموعة ، وروعى أن تكون ظروف التطبيق قريبة من المرة الأولى إلى حد ما .

وتم بعد ذلك حساب معامل الإرتباط بين درجات الطلاب في المرة الأولى والثانية لكل بُعد من أبعاد المقياس على حده ، ويوضح جدول (٩) معاملات ثبات المقياس بطريقة إعادة الإختبار .

جدول (٩)

معاملات الإرتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني لمقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوي الإعاقة البصرية

م	أبعاد المقياس	معاملات الإرتباط
١	إخفاء علامات كف البصر	,٨٣ **
٢	وهم استعادة البصر	,٧٧ **
٣	نظرة المجتمع السلبية	,٨١ **
٤	ضيق الآخرين من الكفيف	,٧٩ **
٥	الإعتماد على الآخرين	,٨٦ **
٦	العزلة الإجتماعية	,٧١ **
٧	عدم الكفاءة والقيمة	,٦٩ **
٨	التعاسة	,٧٥ **
٩	توقع الكوارث	,٨٤ **
١٠	كآبة المستقبل	,٦٨ **

** دالة عند ٠,٠١ .

يتضح من جدول (٩) :
أن كافة معاملات الإرتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني دالة عند مستوى ٠,٠١ مما يدل على ارتفاع درجة ثبات المقياس بجميع أبعاده .

ب- معادلة كرونباخ (معامل الفا) :

يستخدم معامل الفا فى حساب ثبات الإختبارات والمقاييس إذا كانت درجات المفردات تخرج عن نطاق الواحد أو الصفر ، كما أنه يصلح أيضاً إذا كانت درجات المفردات واحداً أو صفر .

$$\text{معامل ثبات الإختبار} = \frac{ن}{ن - ١} \left[١ - \frac{\text{مجـ } ع^٢ \text{ جـ}}{ع^٢} \right]$$

حيث أن :

ن : عدد المفردات لكل بعـــد .

مجـ ع^٢ جـ : مجموع تباينات كل مفردة على حده .

ع^٢ : تباين درجات البعـــد . (أحمد الرفاعى ، ١٩٨٥ : ٢٦)

جدول (١٠)

نتائج معادلة كرونباخ (معامل الفا) لثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعـــاقـة البصريـــة

م	أبعـــاد المقيـــاس	معاملات الإرتبـــاط
١	إخفاء علامات كف البصر	,٨٨ **
٢	وهم استعادة البصر	,٨٦ **
٣	نظرة المجتمع السلبية	,٨٢ **
٤	ضيق الآخرين من الكفيف	,٨٠ **
٥	الإعتماد على الآخرين	,٧٨ **
٦	العزلة الإجتماعية	,٧٥ **
٧	عدم الكفاءة والقيمة	,٨٤ **
٨	التعاســـة	,٧٩ **
٩	توقع الكوارث	,٨٤ **
١٠	كآبة المستقبل	,٨٧ **

** دالة عند ٠,٠١ .

يتضح من جدول (١٠) : أن كافة الأبعاد دالة عند مستوى ٠,٠١ ، هذا ويشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن عبارات البعد الواحد تمثل وتعبر عن مضمون واحد .

جـ- التجانس الداخلي :

تم حساب معاملات الإرتباط لمفردات كل بُعد بالدرجة الكلية لهذا البعد ، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون ، وقد تراوحت معاملات الإرتباط لمقياس الأفكار اللاعقلانية لذوى الإعاقة البصرية بين ٠,٥٦ ، ٠,٧٥ .

صـدق المقيـاس :

تم التأكد من صدق المقياس بعدة طرق منها :

أ- صدق المحتـوى (المنطقى) :

يهدف صدق المحتوى أو صدق المضمون أو الصدق المنطقى إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذى يقيسه .

ويذكر فؤاد البهى السيد (١٩٧٨ : ٤٠٢) أن طريقة صدق المحتوى تعتمد على تحليل المجال أو الميدان الإختبارى أو الناحية التى يراد قياسها تحليلاً يكشف عن عناصرها المختلفة وأقسامها الرئيسية ، ثم يفصل كل قسم إلى أجزاء مختلفة ، وبذلك تصبح عملية اختبار العينة عملية ميسورة ، وتصبح أيضاً عملية صياغة الأسئلة عملية صحيحة وشاملة للمجال الذى يهدف المقياس إلى قياسه .

ولقد تم الاعتماد على هذا النوع من الصدق فى صياغة وإعداد المقياس حيث استعرض الباحث الدراسات السابقة فى الموضوع ، والكتابات الخاصة بنظرية العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى والأسس التى تقوم عليها النظرية والأفكار اللاعقلانية التى عرضها إليس ، كما تم الإطلاع على المقاييس التى تتناول الأفكار اللاعقلانية ، وكذلك تم القيام بدراسة استطلاعية من خلال إعداد استمارات استطلاع الرأى مع السادة المدرسين والأخصائيين النفسيين والإجتماعيين وأعضاء هيئة التدريس وكذلك الطلاب والطالبات من ذوى الإعاقة البصرية ، وقد خرجنا من هذا كله بعشرة أفكار

(أبعاد) ، تم تعريفها إجرائياً ، وعرضها على أعضاء هيئة التدريس للحكم عليها بعد أن تم وضع العبارات التى تعبر عن كل بُعـد .

ب- الصدق الظـاهرى :

لتحقيق الصدق الظاهرى تم الاعتماد على رأى (٢٠) محكماً من أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية والذين اتفقوا على أن عبارات المقياس متصلة بالأبعاد التى يقيسها إلى جانب ما أسفر عنه التجريب المبدئى من التأكيد على مدى وضوح التعليمات والعبارات للمفحوصين .

جـ - الصدق التجريبى :

يسمى معامل ارتباط المقياس بالميزان بالصدق التجريبى أو الواقعى وهو أهم أنواع الصدق وأكثرها شيوعاً (فؤاد البهى السيد ، ١٩٧٨ : ٤٠٣) ، وتم استخدام استبيان الأحكام التلقائية عن الذات (إعداد : ممدوحة سلامة ، ١٩٨٧) ، وهو يهدف إلى الحصول على تقدير كمى لجوانب التشويه المعرفى كما تتبدى فى الخواطر والأحكام السريعة التى يرددها الفرد عن ذاته تلقائياً وهو مكون من ثلاثة أبعاد هى (تعميم الفشل ، والمبالغة فى المستويات والمعايير ولوم الذات) ولقد توافر لهذا الاستبيان ثبات وصدق مرتفعين .

وبعد تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية تم تطبيق استبيان الأحكام التلقائية عن الذات وحساب معامل الإرتباط بينهما وقد وصل إلى (٠,٧٧) وهو دال عند مستوى ٠,٠١ .

د - صدق المقارنة الطرفية :

يعتمد هذا النوع من الصدق على مقارنة متوسط درجات التلاميذ مرتفعى الأفكار اللاعقلانية على مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية بمتوسط درجات التلاميذ منخفضى الأفكار اللاعقلانية على نفس المقياس ، ثم حساب دلالة الفروق بين هذه المتوسطين ، وعندما تصبح لدلالة الفروق دلالة إحصائية واضحة نستطيع أن تقرر أن المقياس يميز بين مرتفعى ومنخفضى الأفكار اللاعقلانية وبذلك نطمئن إلى صدقه ، وهذا ما يوضحه الجدول التالى :

جدول (١١)

نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية

البيان / الأبعاد	طرق المقارنة	المتوسط	الإنحراف المعيارى	التباين	قيمة ت	الدلالة
إخفاء علامات كف البصر	الإرباعى الأعلى	٢٥,٢٥	,٨٢٩	,٦٨٧	٤٥,٣١	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١٠,٧٥	١,١٩	١,٤٣		
وهم استعادة البصر	الإرباعى الأعلى	٢٤,٥	,٨٦٦	,٧٥	٩٦,٦٧	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١٠,٨٧	٨,٨٠	,٦١		
نظرة المجتمع السلبية	الإرباعى الأعلى	٢٤,٨٧	١,٠٥	١,١	٦٣,٣١	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١٠,٣٧	,٨٥٦	,٧٣		
ضيق الآخرين من الكفيف	الإرباعى الأعلى	٢٥,١٣	,٥٩٩	,٣٥٩	١٠٣,٧٥	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١٠,٥	,٧٠٧	,٥		
الإعتماد على الآخرين	الإرباعى الأعلى	٢٥,٥	,٧٠٧	,٥	٤٩,٤٢	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١١,١٢	١,٠٥	١,١		
العزلة الإجتماعية	الإرباعى الأعلى	٢٤,٥	١,١	١,٢٥	٥٢,٢١	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١٠,٣	,٨٥	,٧١		
عدم الكفاءة والقيمة	الإرباعى الأعلى	٢٤,٧٥	,٦٦	,٤٣	٦٥,٦٥	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١٠,٨٧	,٩٢	,٨٥		
التعاسة	الإرباعى الأعلى	٢٤,٦٢	١,٢	١,٤٨	٣٧,٧٥	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١٠,٥	,٧٠٧	,٥		
توقع الكوارث	الإرباعى الأعلى	٢٤,١٣	١,١٦	١,٣٥	٦٨,٩٤	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١١,١	١,٠٥	١,١٠		
كآبة المستقبل	الإرباعى الأعلى	٢٤,٢٥	١,١٩	١,٤	٥٩,٦٨	,٠٠١
	الإرباعى الأدنى	١١,١٢	١,٠٥	١,١٠		

٦- الصورة النهائية للمقياس :

وهكذا تم الوصول إلى الصورة النهائية للمقياس وذلك بعد أن تم حذف العبارات التى اتفق المحكمين على عدم انتمائها للأبعاد التى وضعت لها وكذلك بعد حذف العبارات التى أسفر حساب معاملات الثبات والصدق على عدم انتمائها للأبعاد لانخفاض ارتباطها بالدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه .

ب- أدوات الضبط :

لمجانسة أفراد عينة الدراسة فى الذكاء والمستوى الاجتماعى الإقتصادى فقد استخدمت أدوات الضبط الآتية :

١- مقياس "وكسلر - بلفيو" لذكاء الراشدين والمراهقين:

إعداد : لويس كامل مليكه (١٩٨٦)

يتكون مقياس "وكسلر - بلڤيو" للمراهقين والراشدين من أحد عشر اختباراً ، ستة منها لفظية والخمسة الأخرى عملية ، وقد جمعت هذه الإختبارات لتكون أربعة مقاييس للذكاء منفصلة ولكنها مترابطة كما يلى :

* المقياس الرئيسى الفردى للراشد وذلك للأفراد من سن (١٦) إلى سن (٦٠) ويتكون من الإختبارات الأحد عشر (ولكن يمكن خفضها إلى سبعة اختبارات فى حالة صلاحيتها للمفحوص) .
* مقياس المراهقة للأفراد من سن (١٠) إلى سن (١٦) ويشتمل على نفس الإختبارات ولكنها مقننة تقنيناً منفصلاً .
* المقياس اللفظى : ويتكون من ستة اختبارات (المعلومات العامة ، الفهم ، إعادة الأرقام المتشابهة ، الحساب ، المفردات) .
* المقياس العملى : ويتكون من خمسة اختبارات (ترتيب الصور ، تكميل الصور ، رسوم المكعبات ، تجميع الأشياء ، رموز الأرقام) .

محتوى المقياس :

يحتوى المقياس على قسمين أحدهما عملى والآخر لفظى ، وقد تم تطبيق الجزء اللفظى فقط - ليناسب العينة - ويتكون هذا القسم من الإختبارات الفرعية التالية :

- المعلومات العامة : ويتكون من (٢٥) سؤالاً وتتدرج فى الصعوبة وتصحح كل إجابة بوضع علامة (+ أو -) والدرجة الكلية .
- الفهم العام : ويتكون من (١٠) أسئلة تدور حول المعلومات التى تبين حكم الفرد فى المواقف العملية والتى لاتتأثر بالثقافة المدرسية إلا بنسبة ضئيلة .
- الإستدلال الحسابى : ويتكون من (١٠) مسائل ، وتتدرج فى الصعوبة من السهل إلى الصعب .

- إعادة الأرقـــام : في هذا الإختبار يعيد الفرد الأرقام التي يسمعها من الممتحنين مرة بنفس النظام الذي يسمعها به ومرة يعيدها عكسية .
- المتشـابهات : وفيه يحاول الفرد إيجاد الشبه بين شيئين يبدوان مختلفين مثل ما وجه الشبه بين البرتقال والموز .

ثبات المقياس :

تشير الدراسات التي أجريت في الخارج إلى الثبات المرتفع لنسبة الذكاء الكلي عن طريق إعادة تطبيق المقياس ، وعن طريق القسمة إلى نصفين (زوجي وفردي) في أربعة اختبارات لفظية تراوحت معاملات الثبات من (٠,٥٦ : ٠,٩٤) ، وفي مصر أجريت دراسة عن ثبات المقياس وقد كانت معاملات الثبات عن طريق إعادة التطبيق بالنسبة للمعلومات (٠,٩١) ، والفهم (٠,٧٣) ، وإعادة الأرقام (٠,٨٦) ، والحساب (٠,٥٨) ، والمتشابهات (٠,٧٨) ، والمفردات (٠,٩٣) ، وترتيب الصور (٠,٦٢) ، وتكميل الصور (٠,٨٠) ، ورسوم المكعبات (٠,٨٥) ، وتجميع الأ»ياء (٠,٦٩) ، ورموز الأرقام (٠,٨٧) ، وكان معامل ثبات الذكاء الكلي (٠,٩٣) واللفظي (٠,٨٧) والعملي (٠,٨٨) (لويس مليكه ، ١٩٨٦ : ٦٣)

صدق المقياس :

في مصر قام لويس مليكه (١٩٨٦ : ٦٦ - ٦٧) بحساب معاملات الإتباط بين اختبارات المقياس في مجموعة من (١١٤) فرد يتراوح أعمارهم من (٢٠ إلى أقل من ٢٥) سنة ، ومن مستويات تعليمية مختلفة ، وتوضح النتائج أن الإرتباطات مرتفعة بين الدرجات على الإختبارات الفرعية وبين الدرجة الكلية ، كما أنها متوسطة بين الدرجات على الإختبارات المختلفة ، هذا فضلاً عن أنها معاملات فارقة مميزة في غالب الحالات ، ويشير بذلك إلى أن الإختبارات تقيس جوانب مختلفة من نفس الشئ ، وكذلك وجد أيضاً أن معامل الإرتباط يعادل (٩٦٪) بين مجموع الدرجة في اختبارات المعلومات والمفردات وتكميل الصور بين الدرجة على المقياس الكلي .

وقد تم استخدام مقياس "وكسلر - بلفيو" للذكاء على عينات من ذوي الإعاقة البصرية ، كما في دراسة كل من ابراهيم قشقوش (١٩٧٢) ، عبدالظاهر

الطيب (١٩٨٠) ، أميـرة الديب (١٩٩٢) ، أشرف محمد عبدالحميد (١٩٩٥) ، وقد قام محمد سعفان (١٩٩١) بحساب معاملات الإرتباط بين درجات الفرد على المقياس ودرجاته فى المواد التحصيلية ، وتوصل إلى معاملات ارتباط عالية مما يشير إلى صلاحيته للتطبيق على عينات من ذوى الإعاقة البصرية .

مقياس تقدير الوضع الإجتماعى الإقتصادى للأسرة المصرية "المعدل" :

أعد هذا المقياس فى الأصل عبدالسلام عبدالغفار وابراهيم قشقوش (١٩٧٨) وقام بتعديله عبدالعزيز الشخص (١٩٨٨) ، ونظراً لما حدث من تغير هائل فى مجتمعنا المصرى خلال السنوات الأخيرة ، مما أدى إلى تغير البنية الإجتماعية للأسرة المصرية ، وتغير التركيب الطبقى للمجتمع المصرى ، وتغير مستويات دخول الأسر بصورة كبيرة بالمقارنة بما كانت عليه وقت إعداد الأداة سابقاً ، وذلك بهدف الوصول إلى أداة مناسبة يمكن استخدامها باطمئنان فى تحديد الوضع الإجتماعى الإقتصادى للأسرة المصرية فى الظروف الراهنة .

وقد قام الباحث فى إطار ذلك بدراسة استطلاعية لتحديد المتغيرات التى يمكن استخدامها فى تقدير المستوى الإجتماعى - الإقتصادى للأسرة ، وقد انتهى إلى خمس متغيرات هى :

١- وظيفة " رب الأسرة " أو مهنته . ٢- مستوى تعليم " رب الأسرة "
٣- وظيفة " ربة الأسرة " أو مهنتها . ٤- مستوى تعليم " ربة الأسرة "
٥- متوسط دخل الأسرة فى الشهر .

وقد اعتمد عبدالعزيز الشخص فى حساب الثبات على معامل الإرتباط المتعدد وكانت قيمته (٠,٣٣٥) وهو دال عند مستوى ٠,٠١ ، هذا وقد تم استخراج قيمة الثابت وكذلك معاملات المتغيرات المكونة للمستوى الإجتماعى - الإقتصادى ، وذلك باستخدام طريقة "المتغير الوهمى" .

واعتمد فى حساب الصدق على صدق المحكمين وقد تراوحت نسب الإتفاق ما بين ٧٥٪ ، ٩٢٪ ، هذا وقد تم استخدام المقياس فى العديد من الدراسات والتى من بينها دراسة عبدالعزيز الشخص (١٩٩٢) ، ودراسة أشرف عبدالحميد (١٩٩٥) .

الفصل الثاني

البرامج العلاجية

البرامج العلاجية

اولا : برنامج التحصين التدريجي

يقوم العلاج السلوكي بطريقة التحصين التدريجي على تشجيع الشخص العصابي - القلق - على مواجهة مواقف القلق تدريجياً ، والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد ، أى إلى أن تلغى العلاقة الإشتراطية بين المثير والإستجابة ، وهذا ما سوف يقوم به البرنامج الحالى .

أهمية البرنامج :

تتضح أهمية البرنامج فيما يلى :

١- يساعد برنامج التحصين التدريجي بعد تطبيقه على مواجهة المواقف التى تثير القلق عند الطلاب ذوى الإعاقة البصرية فى الواقع درن حدوث أى توتر أو إنزعاج .

٢- يعلم البرنامج الطلاب طريقة جديدة للتغلب على المشكلات والتوترات التى يواجهونها فى حياتهم اليومية من خلال التدريب على الإسترخاء .

٣- يساعد البرنامج الحالى على خفض مستوى القلق بصورة خاصة وتحسين الصحة النفسية للطلاب ذوى الإعاقة البصرية بشكل عام .

الحاجة للبرنامج :

أكدت البحوث والدراسات السابقة على أن المراهقين من ذوى الإعاقة البصرية يعانون من ارتفاع مستوى القلق لديهم بمقارنتهم بأقرانهم المبصرين - مما يسبب لهم الكثير من الإضطرابات الفسيولوجية كاضطراب النوم والصداع وفقدان الشهية واضطراب التنفس ، هذا إلى جانب الإضطرابات الإجتماعية والتى تتمثل فى الحساسية الإجتماعية وعدم الشعور بالإنتماء إلى الجماعة وتجنب المواقف الإجتماعية

وكذا اضطرابات انفعالية تظهر فى الشعور بالدونية وعدم الثقة بالنفس وانعدام قيمة الذات وعدم القدرة على التوافق الشخصى ، وأيضاً اضطرابات فى عمليات التفكير والذاكرة، وصعوبة تركيز الإنتباه .

ولقد دلت نتائج البحوث والدراسات السابقة على فاعلية العلاج السلوكى وخاصة فنية التحصين التدريجى فى خفض القلق وذلك لما يوفره من فنيات متنوعة تساعد الفرد على خوض المواقف المثيرة للقلق دون أن يصاب بتلك الإضطرابات التى كان يعانى منها سابقاً .

الأسس التى يقوم عليها البرنامج :

يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس الهامة وهى :

١- الأسس العامة :

تم مراعاة حق الفرد فى التقبل دون قيد أو شرط وكذا حقه فى الإرشاد والعلاج النفسى ، وروعى أحد الأسس الهامة والتى يقوم عليها العلاج السلوكى وهى قابلية السلوك للتعديل والتغيير .

٢- الأسس الفلسفية :

استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية السلوكية بشكل عام ونظرية الإشراط الكلاسيكى بصفة خاصة إلى جانب اعتماد البرنامج على الأسس الفلسفية العامة التى تتضمن مراعاة أخلاقيات العلاج وسرية البيانات .

٣- الأسس النفسية والتربوية :

روعيت الخصائص العامة للنمو فى مرحلة المراهقة وكذا الخصائص المميزة لذوى الإعاقة البصرية والفروق الفردية بين أعضاء العينة العلاجية .

٤- الأسس الإجتماعية :

تم استخدام أسلوبى العلاج الجماعى والفردى ، وذلك حسبما تتطلبه الحالة وفقاً للمدرج الهرمى الموضوع للأفراد .

٥- الأسس الفسيولوجية والعصبية :

حيث استخدمت فنية الإسترخاء العضلى ومن ثم فلقد روعيت الأسس

الفسيولوجية والعصبية التى تساعد على الوصول بالجسم إلى حالة الإسترخاء الكامل .

الخدمات التي يقدمها البرنامج :

يقدم البرنامج عدداً من الخدمات منها :

١- الخدمات العلاجية :

وتتمثل فى مساعدة أفراد العينة العلاجية على خفض مستوى القلق لديهم .

٢- الخدمات الوقائية :

يقدم البرنامج خدمة وقائية هامة ، حيث يتم تدريب أفراد العينة العلاجية على استخدام فنية الإسترخاء فى المواقف التى تواجههم فى الحاضر وكيف يمكن التغلب على قلقهم فى المستقبل .

٣- الخدمات التربوية :

وتتمثل فى تحسين التحصيل الأكاديمى لدى أفراد العينة العلاجية وذلك باستخدامهم لما تعلموه فى الجلسات أثناء فترة الإمتحانات ، لما أثبته التحصين التدريجى من فعالية عالية فى خفض مستوى قلق الإمتحان .

٤- الخدمات الإجتماعية :

وتتمثل فى تدعيم العلاقات بين أفراد العينة خلال الجلسات الأولى أثناء تدريبهم على الإسترخاء وذلك من خلال التفاعل الإجتماعى البناء بينهم خلال كل جلسة .

٥- الخدمات الترويحية :

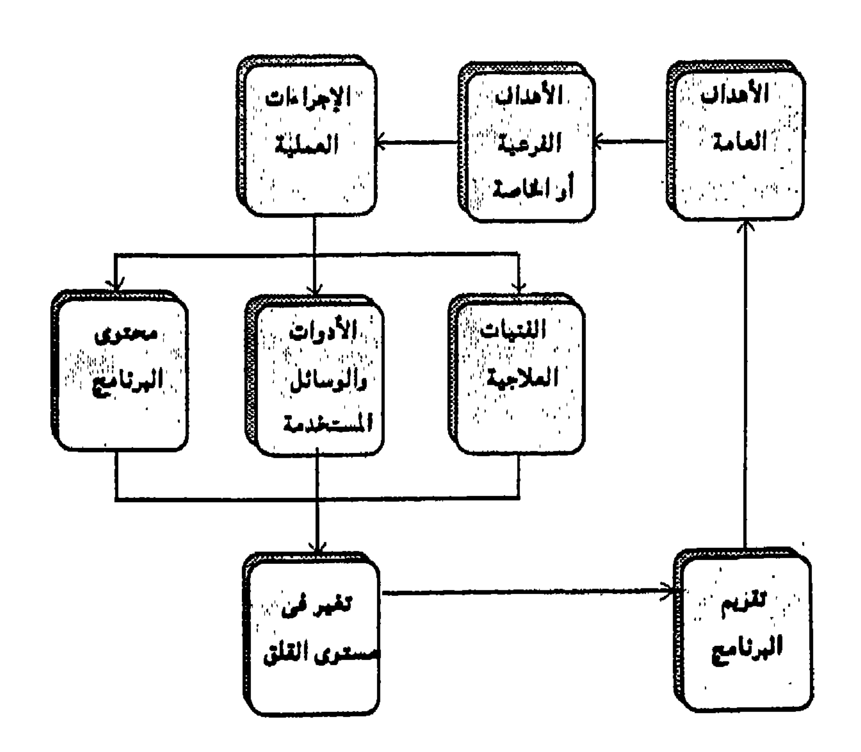
وتتمثل فى حث أفراد العينة على استغلال أوقات الفراغ فى ممارسة الأنشطة الرياضية والفنية والإجتماعية .

٦- خدمات المتابعة :

وتتمثل فى المتابعة الدورية لكل خطوات البرنامج للوقوف على التغيرات التى أحدثها العلاج فى أفراد المجموعة العلاجية .

التخطيط العام للبرنامج :

تشتمل عملية التخطيط للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية وكذلك الإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج والتى تتضمن الاعداد المبدئى للبرنامج وما يشتمل عليه من الخلفية التدريبية والبرنامج فى صورته الأولية والأسلوب العلاجى والفنيات والوسائل المستخدمة فى الجلسات العلاجية ، ثم العرض على المحكمين والقيام بالدراسة الاستطلاعية وتحديد المدى الزمنى للبرنامج وعدد الجلسات العلاجية ، ومدة كل منها ، ومكان إجراء البرنامج ، وأخيراً إجراءات تقويم البرنامج ، والشكل التالى يوضح ذلك :



شكل (٤) التخطيط العام لبرنامج التحصين التدريجى

أولا : أهداف البرنامج

تنقسم الأهداف إلى قسمين :

* **الأهداف العامة :** والتى تتحدد فى هدفين

١- هدف علاجى :

حيث يهدف البرنامج إلى خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية (العينة العلاجية) من خلال تدريبهم على خطوات استخدام التحصين التدريجى على المستوى التخيلى .

٢- هدف وقائى :

حيث يكتسب أفراد العينة العلاجية بعض الفنيات السلوكية التى تساعدهم على مواجهة مواقف القلق فى المستقبل دون إثارة تلك المشاعر التى كانت تضايقهم سابقاً .

* **الأهداف الإجرائية :**

تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل البناء داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الواجبات المنزلية التى يكلف بها المفحوصون والتى تتعلق بالتدريب على الإسترخاء والتخيل ، وتتلخص الأهداف الإجرائية فيما يلى :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الدور الذى يلعبه القلق فى اضطراب حياتهم وما يعانون منه من مشكلات تؤرقهم وتسبب لهم التوتر والضيق .

٢- أن يتدربوا على إتقان مهارة الإسترخاء العضلى لاستخدامها فى كل مواقف القلق التى تواجههم .

٣- أن يتعرفوا على الدور الذى يلعبه الإسترخاء العضلى فى خفض التوتر والقلق .

٤- أن يتدربوا على استخدام الإسترخاء العضلى بأوضاع مختلفة (أثناء الإستلقاء على السرير ، أو الأريكة أو من وضع الوقوف) .

٥- أن يتدربوا على التخيل كأحد الخطوات الأساسية نحو العلاج .

ثانيا : الإعداد المبدئى للبرنامج

أ- الخلفية التدريبية :

لقد تم الاعتماد على عدد من الإجراءات لكى يتأكد المؤلف من قدرته على القيام بتطبيق البرنامج ، ومن بين هذه الإجراءات :

١- التدريب على العلاج السلوكى لدى الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعى (معهد مصر للعلاقات الإنسانية) تحت إشراف أ. د/ محمد شعلان استاذ الطب النفسى بجامعة الأزهـــر .

٢- إعداد شريط للاسترخاء ، وقد تم تحكيم عدد من أعضاء هيئة التدريس على مدى كفاءته فى تدريب العينة العلاجية على فنية الإسترخاء العضلى .

٣- تم الإطلاع على عدد كبير من الدراسات التى استخدمت التحصين التدريجى كأحد فنيات العلاج السلوكى ، وذلك للتعرف على الخطوات التى يمر بها العلاج وفحص كل خطوة بتأن .

٤- كما تم الإطلاع على عدد كبير من كتابات جوزيف فولبه Wolpe, J. الأولى والتى أعدها لشرح هذه الفنية بالتفصيل .

ب- البرنامج فى صورته الأولية :

لقد مر البرنامج بأربع مراحل هى :

١- مرحلة البدء :

وهى المرحلة التى يتم خلالها التعارف والتمهيد بين الباحث والمفحوصين ، وشرح أهداف البرنامج والإطار الذى ستكون عليه العلاقة العلاجية ، ويتم ذلك خلال الجلسة التمهيدية الأولى .

٢- مرحلة الإنتقـــال :

وهى المرحلة التى تهدف إلى القاء الضوء على المشكلة الرئيسية وهى القلق وتوضيح أسبابه وآثاره السلبية ، وكذا العلاقة بين القلق والتوتر والعضلى ، والعلاج

بالتحصين التدريجى وأهميته ومراحل تنفيذه ، والدور الذى يلعبه الإسترخاء فى خفض القلق فى المواقف المختلفة .. وهكذا ، وتم ذلك خلال الجلستين الثانية والثالثة .

٣- مرحلة العمل البناء :

وهى المرحلة التى تهدف إلى التدريب على الاسترخاء والتى تتم فى الجلسات من الرابعة إلى الثامنة بينما يتم فى الجلسات من التاسعة حتى الثالثة عشر تعريض المجموعة العلاجية للمدرج الهرمى للقلق من خلال المزاوجة بين مدرج القلق والاسترخاء

٤- مرحلة الإنهـــــاء :

وهى المرحلة التى تهدف إلى الوقوف على الأهداف التى حققها البرنامج وتهيئة الأفراد لإنهاء البرنامج العلاجى ، ويتم ذلك خلال الجلسة الأخيرة .

جـ - الأسلوب العلاجى :

تم اتباع أسلوب العلاج السلوكى الجماعى فى الجلسات من الأولى حتى الثامنة ، وذلك حتى يتحقق دعم إحساس الأعضاء بالأمن ، والمشاركة الوجدانية حتى يشعر كل فرد من أعضاء الجماعة العلاجية أنه ليس وحده الذى يعانى من مشكلة القلق ، وأيضاً لتشجيعهم على الإستمرار فى الجلسات العلاجية ، أما فى باقى الجلسات من التاسعة حتى الخامسة عشر فقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تضم المجموعة الأولى أربعة طلاب بينما تضم المجموعة الثانية طالبين فقط ، حيث اشتركت كل مجموعة فى مدرج هرمى للقلق خاص بها وذلك بعد التأكد من تطابق قائمة القلق فى كل مجموعة .

د - الفنيات العلاجية :

المحاضرات : استخدم أسلوب المحاضرات العلمية المبسطة وذلك لشرح معظم الجلسات التى كانت تتضمن بعض المفاهيم والمصطلحات وكذا شرح لطريقة تنفيذ الإسترخاء خطوة بخطوة .

الإسترخاء : حيث تم تدريب أفراد العينة العلاجية على استخدام فنية الإسترخاء العضلى ، من خلال القيام باسترخاء للمجموعات

العضلية الرئيسية بدءاً من قمة الجسم إلى أسفله بطريقة ثابتة ونظامية .

النمذجة : استخدم فنية النمذجة ، وذلك بإعطاء المفحوصين عدداً من النماذج لأشخاص قلقين وما يعانون منه من اضطرابات وكيف اجتازوا قلقهم بالتحصين التدريجى .

التخيل : تم تدريب أفراد العينة العلاجية على كيفية استحضار المشاهد التى تثير القلق إلى العقل الواعى كما لو كانوا يعيشونها بالفعل حتى يمكن المزاوجة بينها وبين الإسترخاء لخفض مستوى القلق .

التحويل : تم استخدام هذه الفنية لتحويل اهتمام أفراد العينة العلاجية إلى أوجه النشاط المختلفة مثل الألعاب الرياضية والأعمال الفنية .

الواجبات المنزلية : تلك التى تم تكليف أفراد العينة العلاجية بها ، وذلك للتدريب على الإسترخاء العضلى .

و- الوسائل المستخدمة :

استخدمت الوسائل التالية :

١- شريط كاسيت لتدريب العينة العلاجية على الإسترخاء ، مسجل عليه تعليمات الإسترخاء مع موسيقى هادئة تساعدهم على الإسترخاء .

٢- نشرات توضح طبيعة القلق ومصادره وكيفية مواجهته من خلال التحصين التدريجى .

٣- الأدوات القياسية والمحتوى العلمى للبرنامج العلاجى .

ز- العرض على المحكمين :

بعد أن تم تصميم برنامج العلاج بالتحصين التدريجى فى صورته النهائية تم عرضه على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس لأخذ آرائهم حول :

- مدى تسلسل وترابط خطوات البرنامج العلاجى .

- مدى مناسبة الجلسات لذوى الإعاقة البصرية .
- مدى مناسبة الإجراءات المستخدمة فى البرنامج .

ح - الدراسة الإستطلاعية :

تم إجراء دراسة استطلاعية للبرنامج المستخدم فى الدراسة الحالية على اثنين من الطلاب ذوى الإعاقة البصرية ممن تنطبق عليهم نفس شروط العينة التجريبية ، وفى ضوء تلك الدراسة تم التعرف على :

أ - المدة المناسبة لكل جلسة .

ب- عدد الجلسات الملائم .

جـ- الفنيات المستخدمة .

ط - المدى الزمني للجلسة :

استغرقت الفترة الزمنية لكل جلسة ما بين (٤٥ : ٦٠) دقيقة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً .

ى - عدد أفراد المجموعة العلاجية :

بلغ عدد أفراد المجموعة العلاجية فى البرنامج الحالى (٦) طلاب .

ك - مكان الجلسات العلاجية :

تم تطبيق البرنامج بأحد فصول المدرسة بالقسم الداخلى لما يتميز به من هدوء المكان وخلوه من المشتتات المختلفة .

ثالثا : محتوى الجلسات

لقد تم انتقاء محتوى الجلسات العلاجية بناء على الأهداف التى تم تحديدها للبرنامج ، وكذا الإجراءات العملية بما تتضمنه من الفنيات والأسلوب العلاجى والوسائل المادية المستخدمة .

وفيما يلي شرح مفصل لهذه الجلسات :

الجلسة الأولى : التعارف والتمهيد

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الغرض من انضمامهم للجلسات العلاجية .

٢- أن يتعرفوا على الخطوط الرئيسية التى تتم فى ضوئها الجلسات العلاجية .

٣- إقامة علاقة علاجية بين المعالج وأفراد العينة العلاجية .

الفنيات المستخدمة :

١- المحاضرة المبسطة ٢- المناقشة والحوار

٣- إشباع المطالب

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة حوالى ٦٠ دقيقة

محتوى الجلسة :

تم التعارف بأفراد العينة العلاجية ، وتم توضيح أهمية البرنامج العلاجى الذى انضموا إليه ومدى فائدته بالنسبه لهم فى حياتهم الخاصة والعامة .

ولقد تم إبداء علاقة يسودها الدفء والمودة والحب والثقة مع المفحوصين وتوضيح أسباب اختيارهم ضمن تلك المجموعة . ثم تم مناقشتهم حول توقعاتهم من العلاج وتوضيح أى سوء فهم بخصوص العلاج النفسى . وأن حضور الجلسات ليس إجبارياً وأنه بوسع أى فرد منهم ترك المجموعة إذا شعر بعدم الاستفادة من البرنامج العلاجى المقدم له .

وقد تم الاتفاق على الخطوط الرئيسية للجلسات وما يجب أن تتضمنه من :

- ضرورة المشاركة الفعالة .
- تحديد المواقف التى يشعرون فيها بالقلق بالفعل حتى يتنسى بناء المدرج الهرمى لكل فرد بطريقة صحيحة .

- الالتزام بالتعليمات داخل الجلسات وخارجها .
- تحديد موعد الجلسات وضرورة الإلتزام بالحضور فى المواعيد المتفق عليها .

الجلسة الثانية : القلق

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على طبيعة اضطراب القلق وأنواعه وأسبابه .
٢- أن يتعرفوا على الفرق بين اضطراب القلق والخوف .
٣- أن يتعرفوا على الآثار النفسية التى يخلفها القلق وكذا التغيرات الفسيولوجية المصاحبة له .

الفنيات المستخدمة :

١- المحاضرة المبسطة ٢- المناقشة والحوار

الوسائل المستخدمة : نشرة إرشادية رقم (١) - (الملحق الأول) .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة حوالى ٧٥ دقيقة

محتوى الجلسة :

لقد اتضح لأفراد العينة العلاجية فى هذه الجلسة أن الإنسان القلق هو الذى لا يتذوق طعم الاطمئنان والهدوء ، ولا يستمتع بمباهج الحياة ، وهو شخص عصبى يتوجس خيفه من أشياء لاتخيف الناس عامة ، ويشعر بالرعب أحياناً أمام حوادث عادية ، فهو يبدو كأنه فى حالة من الخوف الغامض ، ويشعر بالانزعاج والألم ، ويبدو المستقبل أمامه شحاباً كئيباً وتزداد شكوكه وقلاقله وكأن الخطر يترقبه فى كل مكان يذهب إليه .

وأن هناك نوعين من القلق أحدهما هو القلق العادى الموضوعى الذى ينبع من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية ويمكن معرفة مصدره مسبباته لأنه يكون غالباً محدوداً فى الزمان والمكان وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة ، أما الآخر فهو القلق المرضى العصابى الذى يلازم الفرد فترة طويلة من حياته وهو قلق داخلى غامض غير محدد المعالم ، يجهل فيه الفرد مصادره وأسبابه .

وللقلق أسبابا عديدة ، ذلك لأن القلق قديم الإنسان ، ومن الناس من لا يعرفون أن ما يشعرون به من عدم الارتياح والضيق هو نتيجة لقلقهم ، فالقلق يصيب الكبار والصغار ، الرجال والنساء ، الأغنياء والفقراء ، وأن الخوف من الفشل ، وخيبة الأمل ، والصراع ، وفقدان الأمن ، والشعور بالضعف والإهانة ، وتوقع الفرد لمكروه ، وعدم رضا الفرد عن نفسه وغيرها من المشاعر السلبية كلها تسبب القلق .

أما عن الفرق بين الخوف والقلق .. فلقد تم طرح بعض الأمثلة لتوضيح هذا الفرق وكان من بينها ، الأمثلة التالية : « إذا هجم عليك شخص بسكين يريد طعنك ، وإذا كنت تسير فى طريق ما وحدك ليلا وهاجمك كلب ضخم ، وإذا كنت فى طائرة وأخبرك قائدها أن بها عطل ما ، وإذا كنت تسكن بالطابق الأخير وعرفت أن النار اشتعلت فى الطابق السفلى » ، فلا شك أنك مع كل من هذه المواقف سوف تشعر بمشاعر غير ساره فهذا هو الخوف ، ولا عجب أن تشعر بهذه المشاعر لأنك كغيرك من الناس الذين إذا مروا بهذه المواقف فسوف يشعرون بنفس مشاعرك .

أما إذا شعرت بالخطر يهددك وأنت تتحدث أمام الناس ، أو إذا تناولت طعامك مع مبصرين فى مكان عام أو عندما تسير بمفردك فى الشارع فإن هذا يعنى إنك مصاب بالقلق لأن هذه المواقف لاتخيف فى الواقع ولكن تصورك لها بشكل ما ، هو الذى يجعلك تشعر (بالقلق) .

وأخيراً تم إيضاح الآثار التى يخلفها القلق على الفرد سواء أكانت هذه الآثار نفسية أو جسمية أما عن الآثار النفسية فالإنسان القلق يعيش فى دوامة من الشكوك تجعله يحيا فى حلقة مفزعة ومتوتر ومنهك ، فهو يخشى اتخاذ القرارات لأنه يخاف ارتكاب الأخطاء ، كما أنه شديد الحساسية لنفسه ، ويفضل الاعتماد على الآخرين ،

جانب أنه يتأثر بالمواقف العاطفية سريعاً ومن السهل تحويل سروره إلى حزن وحزنه إلى مرح ، ويبدوتفكيره مشوشاً ، ويجد صعوبة فى الحديث ، إلى جانب شعوره بالذنب والنقص والسخط على العالم ، ويقع فريسة سهلة للهواجس والمخاوف الوهمية ، ويرتاب فى غلاقاته مع الآخرين.

أما عن الآثار الفسيولوجية فالشخص القلق يشكو من واحداً أو أكثر من الاضطرابات التالية ، اضطرابات معوية ومعدية ، توتر عضلى خاصة فى البطن ومؤخرة الرقبة ، وبرودة فى الأطراف ، زيادة فى ضربات القلب ، الشعور بالإنهاك والضعف ، إلى جانب قيامه ببعض الحركات الإرادية كفرك اليدين أو تحريك الأصابع أو هز الأرجل .

وفى نهاية الجلسة تم توزيع النشرة الارشادية على أفراد العينة .

الجلسة الثالثة (القلق والعلاج بالتحصين التدريجى)

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على العلاقة بين القلق والتوتر العضلى .
٢- أن يتعرفوا على المراحل التى يمر بها التحصين التدريجى .
٣- أن يتعرفوا على الدور الذى يلعبه الاسترخاء فى خفض التوتر العضلى .

الفنيات المستخدمة :

١- المحاضرة المبسطة ٢- المناقشة والحوار ٣- النمذجة

زمن الجلسة :

استغرقت الجلسة حوالى ٧٥ دقيقة .

محتوى الجلسة :

لقد اتضح لأفراد العينة التجريبية أن جميع الناس تقريباً تستجيب للاضطربات

الإنفعالية كالقلق بتغيرات وزيادة فى توترات عضلات الجسم ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من قدرة الكائن الحى على التوافق ، والنشاط البناء . والإنتاج ، والكفاءة العقلية ، إن الأشخاص فى حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم على الاستمرار فى النشاط العقلى والجسمى بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً ، ولذلك تختلط أعراض القلق بالتوتر العضلى فعدم الاستقرار والشد ، والاستثارة الزائـــدة ، والحركة المستمرة كقضم الأظافر واللزمات الحركية ، وفرك اليدين .... الخ ، ما هى إلا مظاهر قليلة من الاضطرابات العضوية الشائعة فى حالات القلق ، وكثيراً ما يشكو الشخص فى حالة القلق من التوتر فى جسمه والصداع وآلام الظهر وخفقان القلب وكذلك آلام فى القدم والساقين والذراعين ....الخ ، ولهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لزمات القلق وليس مجرد نتيجة له .

لهذا نجد أن الاسترخاء يُعرف - بالمعنى العلمى - بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهر أو حتى النوم لأنه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد على أريكته لساعات طويلة لكنه لا يكف عن إبداء العلامات الدالة على الاضطراب العضوى الحركى مثل عدم الاستقرار الحركى والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصرعات .

ثم تم تعريفهم بالمراحل التى يمر بها التحصين التدريجى بدءاً من التدريب على الاسترخاء وما تتطلبه هذه العملية منهم من إدراك للفرق بين التوتر والاسترخاء العضلى ، وأن التدريب يتم للمجموعات العضلية الرئيسية بدءاً من قمة الجسم إلى أسفله وأثناء تعلم الإسترخاء سوف تتم الخطوة الثانية التى تتعلق بحصر المنبهات المثيرة للقلق ويليها الخطوة الثالثة وهى التى تتعلق بترتيب تلك المنبهات فى مدرج هرمى تكون قمته أقل المثيرات قلقلاً وقاعدته أكثرها إثارة للقلق ، أما الخطوة الرابعة فهى إجراء عملية التحصين والتى يتم خلالها المزاوجة بين الاسترخاء والمثيرات المنبهة للقلق ، ثم سيقت أمثلة توضيحية .

الجلسة الرابعة: التدريب على استرخاء اليدين والكتفين

هدف الجلسة :

١- تدريب أفراد العينة العلاجية على القيام باسترخاء لمنطقة اليدين والكتفين

الفنيات المستخدمة :

١- الشرح والتفسير ٢- الاسترخاء ٣- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : شريط الاسترخاء .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة حوالى ٤٥ دقيقة .

محتوى الجلسة :

لقد طُلب من أفراد العينة العلاجية أن يجلس كل منهم على الكرسى بشكل مريح ، وطلب منهم أن يغلق كل فرد قبضة يده اليمنى بإحكام وقوة إلى أن يشعروا بالتوتر الشديد فيها ، ويحاولوا زيادة شدة قبضة يدهم ويضعوها على مسند الكرسى ويلاحظوا الفرق بين حالة التوتر والشدة التى تحدث لأيديهم فى الحالة الأولى ، وبين حالة الاسترخاء التى تكون عليها فى الحالة الثانية ، ثم تم تكرار هذا التمرين مرتين حتى شعروا أنهم استطاعوا أن يُكونوا فكرة عملية وتمكنوا من الضبط والسيطرة على عضلات هذا الجزء من الجسم ، ثم يتم الإنتقال بهم إلى تدريب اليد اليسرى بنفس الطريقة السابقة ، وطلب منهم أن يقوموا بتدريب كلا الذراعين معاً .

بعد ذلك طُلب من كل فرد أن يثنى معصم اليدين إلى الخلف بشدة ، ثم إرخائهما ووضعهما على مسند الكرسى وطلب منهم أن يلاحظوا الفرق بين حالتى التوتر والاسترخاء التى تحدث لهما ، ثم ثنى الذراع من المرفق إلى أعلى كما لو كان الفرد منهم يلمس كتفيه ، ثم طلب أن يسترخوا ويتركوا الذراع تسقط بشكل حر مع استرخاء ، وتم تكرار هذا التمرين مرة لكل يد على حدة ثم باليدين معاً .

وبعد ذلك طلب من كل فرد أن يرفع كتفيه إلى أعلى كما لو كانوا يريدون لمس أذنيهم ويلاحظوا الترتر الذى يظهر فى الكتفين ثم يسترخوا ويعودوا بهما إلى وضعهما المريح ويدرسوا التعارض بين حالتى التوتر والاسترخاء من جديد .

وأخيراً طلب منهم التدريب على القيام بهذه التمرينات كواجب منزلى باستخدام شريط الاسترخاء .

الجلسة الخامسة : التدريب على استرخاء الرأس والرقبة

هدف الجلسة :

تدريب أفراد العينة العلاجية على القيام باسترخاء لمنطقة الرأس والرقبة .

الفنيات المستخدمة :

١- الشرح والتفسير ٢- الاسترخاء ٣- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : شريط الاسترخاء .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة حوالى ٤٥ دقيقة .

محتوى الجلسة :

لقد تم التأكد فى بداية الجلسة من استيعاب أفراد العينة العلاجية للتمرينات السابقة لليدين والكتفين ، وذلك حتى لا يتم الانتقال إلى تدريب آخر دون التأكد من تمكنهم منه .

بعد ذلك تم الانتقال بهم إلى جزء آخر من الجسم وهو منطقة الرأس والرقبة ، حيث طلب من كل فرد أن يجعد جبهته وحاجبيه إلى أن يشعر أن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن الجلد قد تجعد ، ثم طلب منهم أن يعودوا بعضلاتهم إلى وضعها المريح وتكرار التمرين من جديد حتى يشعرون بالفرق بين حالتي التوتر والاسترخاء .

بعد ذلك طُلب من كل فرد أن يغلق عينيه بإحكام وبقوة إلى أن يشعر بتوتر فى كل المنطقة المحيطة ، وكذا العضلات التى تحكم العين ، ثم طلب منهم أن يتركوا أعينهم على سجيتها فى وضعها المريح ويلاحظوا التعارض بين التوتر والاسترخاء ، وتم تكرار التمرين من جديد .. ثم طلب منهم أن يطبقوا على الفكين والأسنان والشفتين بقوة وإحكام كما لو كانوا يعضون على شيء ما بقوة ، ثم طلب من كل منهم أن يدع فكيه وشفتيه مسترخيان ويلاحظوا الفرق بين حالتى الشد والتوتر التى تسرى حول الفم والإسترخاء الذى يحدث له بعد ذلك .

بعد ذلك تم الانتقال بهم إلى تدريب منطقة الرقبة ، حيث طلب من كل فرد أن يضغط برأسه إلى الخلف بأقصى ما يمكنه إلى أن يشعر بالتوتر فى خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر ثم يعودوا بها إلى وضعها المريح ويلاحظوا أيضاً الفرق بين حالتى التوتر والاسترخاء وتكرار ذلك مرة أخرى .

ثم طُلب من كل مفحوص إعادة التمرين لكل منطقة الرأس والرقبة حتى ينمو لدى كل منهم الإحساس بالفرق بين التقلص والاسترخاء .

وأخيراً طُلب من كل منهم القيام بهذه التمرينات إلى اللقاء التالى كواجب منزلى .

الجلسة السادسة : التدريب على استرخاء الصدر والبطن والظهر

هدف الجلسة :

تدريب أفراد العينة العلاجية على القيام باسترخاء لمنطقة الصدر والبطن والظهـر .

الفنيات المستخدمة :

١- الشرح والتفسير ٢- الاسترخاء ٣- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : شريط الاسترخاء .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة حوالى ٤٥ دقيقة .

محتوى الجلسة :

بعد التأكد من إتقان التمارين السالفة ، تم البدء بتدريب العينة العلاجية على عمل الاسترخاء لمنطقة الظهر والبطن والصدر .

حيث طُلب من كل فرد أن يقوس ظهره ، ويلاحظ التوتر الذى بدأ يحدث للظهر ثم طلب منهم أن يسترخوا ويعودوا بالظهر إلى وضعه الطبيعى ويكرر التمرين ، ثم تم الانتقال إلى تدريب الصدر وذلك بأخذ نفس عميق وكتمه لأطول فترة ممكنة وطُلب منهم أن يلاحظوا التوتر الذى بدأ يسرى فى عضلات الصدر ثم طلب منهم أن يقوموا بطرد الهواء (الزفير) ، وقد تم التمرين الأخير بطريقة أخرى عن طريق عمل حركات ضغط داخلية على الطرف العلوى للأذرع والأكتاف مع تنفس عميق يؤدى إلى التوتر وزفير قوى يؤدى إلى الاسترخاء .

وبعد ذلك تم الانتقال إلى منطقة البطن وذلك بسحبها إلى الداخل فى إتجاه الظهر (أى شفط البطن للداخل) والبقاء على هذا الوضع قليلا ثم يدعها تسترخى وتم تكرار هذا التمرين وقد طلب منهم ضرورة ملاحظة الفرق بين حالتى التقلص والاسترخاء .

وأخيراً طُلب منهم القيام بالتدريب على هذه التمرينات كواجب منزلى .

الجلسة السابعة : التدريب على استرخاء الساقين والقدمين

هدف الجلسة :

تدريب أفراد العينة العلاجية على القيام باسترخاء لمنطقة الساقين والقدمين .

الفنيات المستخدمة :

١- الشرح والتفسير ٢- الاسترخاء ٣- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : شريط الاسترخاء .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة حوالى ٤٥ دقيقة .

محتوى الجلسة :

بعد أن تم التأكد من إتقان أفراد العينة العلاجية لكل التمارين السابقة بدءاً باليدين والكتفين ومروراً بالرأس والرقبة وأخيراً بالبطن والظهر والصدر بدأ العمل فى هذه الجلسة بتدريب الساقين حيث طُلب من كل فرد فى العينة أن يقوم بفرد ساقيه وإبعادهما قد استطاعته حتى يشعر بالتوتر في الفخذين ، ثم يدع ساقيه يسترخيان ، ويلاحظ حالة الشد والتوتر التى حدثت للساقين والفخذين وحالة الاسترخاء التى أصبحا عليها ، وتم تكرار التمرين أكثر من مرة ، بعد ذلك تم الانتقال إلى بطن الساق وذلك بأن طلب من كل منهم أن يثنى قدميه إلى الأمام فى إتجاه الوجه إلى أن يشعر بالتقلص الشديد فى بطن الساق وقصبة رجليه ، ثم يعودوا بأرجلهم إلى وضعها المريح ليشعروا الفرق بين التوتر والاسترخاء .

ثم يقوم كل فرد بثنى القدم إلى الخلف فى إتجاه رسغ القدم إلى أن يشعر بالشد فى قصبة الساقين وبطنها ثم يسترخى مرة آخرى وتكرر التمارين فى المنزل .

الجلسة الثامنة: استرخاء الجسم ككل

هدف الجلسة :

١- تدريب أفراد العينة العلاجية على استرخاء الجسم ككل .

الفنيات المستخدمة :

١- الشرح والتفسير ٢- الاسترخاء ٣- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : شريط الاسترخاء .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة حوالى ٤٥ دقيقة .

محتوى الجلسة :

فى هذه الجلسة تم عمل كل التمارين التى تم التدريب عليها من الجلسة الرابعة إلى السابعة وذلك بصورة ثابتة ونظامية بدءاً من اليدين والكتفين ثم الرأس والرقبة ، والظهر والبطن والصدر ، وأخيراً الساقين والقدمين وذلك للتأكد من إستيعاب جميع أفراد العينة للتمرين بالكامل وذلك قبل الانتقال بهم إلى جلسات التحصين ، وقد تم التنبيه على أفراد العينة بالتدريب على الاسترخاء الكامل كواجب منزلى من خلال شريط الاسترخاء الموجود مع كل منهم .

الجلسات من التاسعة حتى الثالثة عشر
إجراء عملية التحصين

هدف الجلسة :

تعريض أفراد العينة العلاجية للمدرج الهرمى للقلق .

الفنيات المستخدمة :

١- الاسترخاء   ٢- التخيل

الوسائل المستخدمة : المدرج الهرمى للقلق - (الملحق الثانى) .

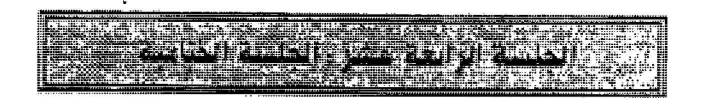
زمن الجلسة : تراوحت الجلسات ما بين ٣٠ : ٤٠ ق للجلسة الواحدة .

محتوى الجلسة :

بعد أن تم حصر مواقف القلق عند أفراد العينة خلال الجلسات السابقة

للاسترخاء ، تم وضع هذه المواقف فى قائمة متدرجة بحيث يكون أكثر المواقف إثارة للقلق الفرد فى أسفل القائمة ، وأقلها إثارة للقلق فى أعلى القائمة ، وقد تم عرض هذه القائمة على أفراد العينة مرة أخرى للتأكد من تسلسل المواقف من أقلها إثارة للقلق إلى أشدها إثـارة له ، إذ طُلب من كل منهم أن يرتب بنود القائمة - مواقف القلق - بصورة هرمية من القاع إلى القمة بحيث يبدأ بأقل المنبهات ويصعد إلى أشدها إثارة ، وبعد أن تم بناء مدرج القلق الخاص بكل مجموعة ، عندئذ بدأت جلسات التحصين ، وطُلب من كل فرد أن يرفع إصبع يده اليسرى حين يبدأ فى تخيل المنظر وأن يستمر تخيله له وهو فى حالة استرخاء ولمدة عشر ثوان منذ بداية رفع أصبعه ، وإذا ما شعر بالقلق أثناء تخيله للموقف برفع زصبع يده اليمنى ، فإذا ما رفعه يطلب منه التوقف عن تخيل المنظر والعودة إلى حالة الاسترخاء مرة أخرى ، ولا ينتقل إلى المنظر التالى قبل أن يتمكن من تخيل المنظر مرتين على الأقل دون رفع يده اليمنى والاسترخاء فترة بسيطة بين المرتين ، وعادة ما كان يتم إنهاء الجلسة بمنظر قد نجح المفحوصون فى تخيله دون أن يشعروا بالقلق ، ويتم بدء الجلسة التالية بهذا المنظر الأخير .

وهكذا حتى تم الانتهاء من الجلسات الخمس للتحصينوتم التأكد من اجتياز كل فرد من أفراد العينة لقائمة مدرج القلق بنجاح .



أهداف الجلسة :

١- تطبيق مقياس قلق المكفوفـين .
٢- تقييم ما تم إنجـازه خلال الجلسات السابقة .

الوسائل المستخدمة : استمارة لتقييم البرنامج - (الملحق الثالث عشر) .

زمن الجلسـة : استغرقت الجلسة ٨٠ دقيقة .

محتوى الجلسة :

لقد تم أولاً تطبيق قلق المكفوفين (التطبيق البعدى) للتعرف على مدى فاعلية البرنامج فى خفض مستوى القلق لديهم ، ثم طلب من كل فرد أن يبدى رأيه فى البرنامج بمنتهى الصراحة ، حتى يمكن الوقوف على أهم نقاط القوة والضعف ، ثم تم تقديم النشرة الإرشادية - الخاصة بالجلسة - والتى تحتوى على عدد من النصائح التى يجب أن يتبعها كل فرد حتى لا يقع مرة أخرى فى براثن القلق .

تقويم البرنامج :

(١) التقويم البعدى :

لقد تم تقويم البرنامج من خلال الإطلاع على نتائج تطبيق مقياس قلق المكفوفين ومقارنتها بنتائج القياس القبلى ، ثم تم الاعتماد على آراء المفحوصين فى البرنامج من خلال استمارة لتقويم البرنامج .

(٢) التقويم التتبعى :

تم بعد شهرين من التقويم البعدى للوقوف على مدى استمرار فعالية البرنامج والصعوبات التى مر بها أفراد العينة خلال التفاعل مع مواقف القلق فى الحياة الفعلية وذلك لمحاولة تذليل تلك الصعوبات .

ثانيا : برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي تناول شامل للعلاج النفسي الذي لايوظف الطرق الانفعالية السلوكية فحسب بل يركز أيضا على تقويض العنصر اللاعقلاني في السلوك التخاذلي . فالنفوس البشرية معقدة بشكل كبير بحيث أنه يصعب أن نجد سبيلاً وحلاً لتفسير اضطرابهم ، وكذا طريقة واحدة يمكن بها مساعدتهم على تجاوز هذا الاضطراب وتظهر مشاكلهم النفسية من الشعور الخاطئ ، والإدركات الخاطئة بشأن ما يشعرون به ، ومن ردود فعلهم العاطفية الأقل من الطبيعي أو المبالغ فيها للمثيرات الطبيعية ، ومن أنماط سلوكهم الاعتيادي المضطرب ، والذي يشجعهم على الاستمرار في تكرار الاستجابات غير التكيفية حتى عندما يعرفون أنهم يتصرفون بشكل خاطئ وسئ ، وبالتالي يكون من المرغوب فيه تناول عقلاني انفعالي سلوكي ثلاثي الاتجاهات لمشاكلهم ، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يوفر هذا الهجوم متعدد الأوجه .

أهمية البرنامج :

يعاني بعض الطلاب من ذوي الإعاقة البصرية من ارتفاع مستوى القلق لديهم ، وذلك من جراء إعتقادهم بصحة عدد من الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة مما يدعم إضطرابهم ويقويه ، ولذلك فإن الإهتمام بهذه الفئة وتعرضهم لبرنامج عقلاني إنفعالي سلوكي يسهم بشكل فعال في دحض الأفكار اللاعقلانية التي يتمسكون بها واستبدالها بأفكار أخرى أكثر عقلانية ، ومن ثم يساعدهم ذلك في خفض مستوى القلق لديهم قبل أن يصل بهم إلى مراحل متطورة من المرض النفسي .

فعلى الرغم من الجهود التي تبذل لرعاية ذوي الإعاقة البصرية في الحقل التعليمي ، إلا أن هذه الجهود في حاجة إلى نتائج البحوث السيكولوجية حتى يمكن تهيئة المناخ الملائم لمساعدة هذه الفئة على تحسين توافقهم الشخصي والاجتماعي عن طريق التصدي للمشكلات النفسية التي يعانون منها .

الحاجة للبرنامج :

أكدت البحوث والدراسات السابقة على أن المراهقين من ذوي الإعاقة البصرية يعانون من ارتفاع مستوى القلق لديهم بمقارنتهم بأقرانهم المبصرين ، مما يسبب لهم

الكثير من الاضطرابات الفسيولوجية والاضطرابات الاجتماعية ، والاضطرابات الانفعالية ، وأيضا اضطرابات فى عمليات التفكير والذاكرة ، مما سبق الحديث عنه .

هذا بالإضافة إلى أن الكثير من الدراسات أكدت على فاعلية العلاج العقلانى الانفعالي السلوكى فى خفض القلق ، من خلال دحض الأفكار اللاعقلانية التى يتمسك بها الأفراد ، وتبنى أفكار عقلانية جديدة .

ولقد دلت الدراسة الاستطلاعية التى تم القيام بها بمدارس النور للمكفوفين أن الكثير من ذوى الإعاقة البصرية يتمسكون بأفكار ومعتقدات لاعقلانية كاعتقاد البعض بأنه يجب إخفاء كف البصر حتى ينال قبول واستحسان الآخرين ، ومنها أيضا أن الإعاقة هى مصدر ألمه وتعاسته فى الحياة ولذا ينبغى إلقاء اللوم عليها (وإلى غير ذلك من الأفكار التى سبق عرض الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية) تلك الأفكار التى يرددونها بين الحين والآخر فتنمو معها بذرة القلق لديهم وتستفحل فتزداد معاناتهم ومن ثم أصبحت هناك ضرورة ملحة لاستخدام فنية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى مع هؤلاء الذين يؤمنون بهذه الأفكار ويتمسكون بها .

الأسس التى يقوم عليها البرنامج :

يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس الهامة وهى :

١- الأسس العامة :

حيث تم مراعاة حق الفرد ذى الإعاقة البصرية فى الارشاد والعلاج النفسى وكذلك حقه فى التقبل بدون قيد أو شرط ، وكذلك مراعاة قابلية السلوك للتعديل والتغيير .

٢- الأسس الفلسفية :

استمد البرنامج أصوله الفلسفية من نظرية إليس .Ellis, A والتى تقوم على أن التفكير اللاعقلانى هو المسئول عن إحداث الاضطراب ، وأيضا تمت مراعاة الأسس الفلسفية العامة والتى تتضمن مراعاة أخلاقيات العلاج وسرية البيانات والعلاقة المهنية التى تقوم على الألفة والتسامح واستخدام الإقناع المنطقى فى المقابلة العلاجية .

٣- الأسس النفسية والتربوية :

روعيت الخصائص العامة للنمو في مرحلة المراهقة بصفة عامة ، والخصائص المميزة لذوى الإعاقة البصرية وكذا الفروق بين أفراد العينة بصفة خاصة .

٤- الأسس الاجتماعية :

استخدم أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الجماعي ، حيث أظهرت الدراسات أن هذا الأسلوب ذو كفاءة عالية في العلاج .

٥- الأسس الفسيولوجية والعصبية :

روعيت الخصائص النفسية والعصبية والجسمية لأفراد العينة العلاجية (من ذوى الإعاقة البصرية) .

الخدمات التي يقدمها البرنامج :

يقدم البرنامج عدداً من الخدمات منها :

١- الخدمات العلاجية :

وتتمثل في معاونة أفراد العينة العلاجية على خفض مستوى القلق لديهم .

٢- الخدمات الوقائية :

حيث يقدم البرنامج عدداً من الخدمات الوقائية ، من خلال تدريب المجموعة العلاجية على مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تساعدهم على تجنب الوقوع فريسة للأفكار اللاعقلانية التي تسبب لهم القلق .

٣- الخدمات الاجتماعية :

وتتمثل في تدعيم العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجموعة العلاجية ، وانتقال الأثر الحسن لهذا التدعيم إلى زملائهم أثناء تفاعلهم الاجتماعي معهم خارج إطار الجلسات العلاجية .

٤- الخدمات التربوية :

وتتمثل في تحسين التحصيل الاكاديمي لدى أفراد العينة العلاجية بعد انخفاض مستوى القلق لديهم .

٥- الخدمات الترويحية :

وتتمثل فى تقديم الخدمات العلاجية التى تحث أفراد المجموعة العلاجية على استغلال وقت الفراغ ، وممارسة الأنشطة الرياضية والفنية والاجتماعية .

٦- خدمات المتابعة :

وتتمثل فى المتابعة الدورية التى يقوم بها الباحث لكل خطوات البرنامج للوقوف على التغيرات المعرفية والسلوكية والانفعالية التى يحدثها البرنامج .

التخطيط العام للبرنامج :

اتبعت نفس الخطوات التى تم اتباعها فى برنامج التحصين التدريجى السابق ، وفيما يلى تتابع خطوات البرنامج :

أولاً : أهداف البرنامج :

تنقسم الأهداف إلى قسمين :

- الأهداف العامة (الرئيسية)

والتى تحدد فى هدفين :

١- **هدف علاجى :** حيث يعمل البرنامج على خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية (العينة العلاجية) من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية وأخطاء التفكير التى يتمسكون بها .

٢- **هدف وقائى :** من خلال اكسابهم عدداً من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية التى تمكنهم من مواجهة مواقف القلق التى يتعرضون لها فى مستقبل حياتهم .

- الأهداف الخاصة (الاجرائية) :

تتحقق الأهداف الاجرائية من خلال العمل البناء داخل الجلسات ، ومن خلال تنفيذ الواجبات المنزلية التى يكلف بها المفحوصون وهذه الأهداف تتلخص فى النقاط التالية :

١- أن يتعرف الأفراد ذوو الإعاقة البصرية على طبيعة المعتقدات اللاعقلانية وأنواعها .
٢- أن يتعرف الأفراد ذوو الإعاقة البصرية على الدور الذى تلعبه الأفكار اللاعقلانية فى إحداث القلق .
٣- أن يتعرفوا على الدور الذى يلعبه الحديث الذاتى السلبى فى إحداث الاضطراب الانفعالى .
٤- أن يتدربوا على التغلب على التفكير الانهزامى من خلال إعادة الحوار المنطقى مع النفس .
٥- أن يتدربوا على فحص العلاقة بين الحدث المحزن (A) وبين كل من الانفعال (C) والتفكير (B) من خلال التدريب على استخدام فنية ABC
٦- أن يتدربوا على مناقشة وتفنيد كل فكرة على حدة وإحلال معتقدات عقلانية محل المعتقدات اللاعقلانية من خلال فنية التفنيد (D) والإحلال (E) .
٧- أن يتدربوا على تنفيذ الواجبات المنزلية كخطوة أساسية نحو العلاج .

ثانيا : الاعداد المبدئى للبرنامج :

أ- الخلفية التدريبية :

كان لابد قبل تطبيق البرنامج القيام بمجموعة من الاجراءات حتى تتوافر الكفاءة على تطبيق البرنامج العلاجى ، ومن بين هذه الاجراءات :

١- التدريب على العلاج النفسى والسلوكى لدى الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعى (معهد مصر للعلاقات الإنسانية) تحت إشراف د. محمد شعلان أستاذ الطب النفسى ومعاونيه [١] .
٢- التدريب على العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لدى رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية (رانم) تحت إشراف د. أحمد خيرى حافظ استاذ علم النفس ومعاونيه [٢] ، وذلك خلال دورة تم اعدادها لهذا الغرض .

(١) أ.د. هاشم بحرى ، أ.د. محمد عبدالواحد ، د. محمد عبدالفتاح ، د. عبدالهادى عيسى .
(٢) أ.د أحمد شوقى العقباوى ، أ.د. أنور الشرقاوى ، د. محمد توفيق ، د. خالد عبدالوهاب ، د. وفاء مسعود

٣- الاطلاع على عدد كبير من كتابات إليس Ellis, A. مؤسس نظرية العلاج العقلانى الانفعالى خاصة فيما يتعلق بالأساس النظرى الذى يقوم عليه العلاج وكذا الفنيات المستخدمة ودور المعالج فى العلاج العقلانى الانفعالى .

٤- كما تم الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة فى مجال العلاج العقلانى الانفعالى للقلق والاضطرابات النفسية الأخرى .

٥- مراسلة معهد العلاج العقلانى الانفعالى في نيوريورك [(١)] والحصول على عدد من النشرات والكتيبات عن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى .

وبهذا يتوفر الأساس الذى يمكنه من القيام بدور المعالج العقلانى الانفعالى السلوكى.

ب- البرنامج فى صورته الأولية :

يمر البرنامج بأربع مراحل هى :

١- مرحلة البـــدء :

وهى المرحلة التى يتم خلالها التعارف والتمهيد ، وشرح أهداف البرنامج والإطار الذى ستكون عليه العلاقة العلاجية بين المعالج والمفحوصين ويتم ذلك فى الجلسة التمهيدية الأولى .

٢- مرحلة الانتقال :

وهى المرحلة التى تهدف إلى إلقاء الضوء على المشكلة الرئيسية وهى القلق وتوضيح أسبابه وآثاره ، وكذلك العلاقة بين التفكير والانفعال ، والعلاج العقلانى الانفعالى وأهميته وفائدته بالنسبة لهم ويتم ذلك خلال الجلسات الثانية والثالثة والرابعة .

٣- مرحلة العمل البناء :

وهى المرحلة التى تهدف إلى الوقوف على الأفكار اللاعقلانية التى يتمسك بها البعض ومحاولة دحض هذه الأفكار وإكسابهم أساليب معرفية وانفعالية وسلوكية

(1) Institute for Rational- Emotive therapy, 45 East 65 th street, New York 10021.

جديدة تمكنهم من مواجهة مواقف القلق ، ويتم ذلك فى الجلسات من الخامسة إلى الرابعة عشر .

٤- مرحلة الإنهاء :

وهى المرحلة التى تهدف إلى بلورة الأهداف المكتسبة وتقييم الأفراد وتهيئة أفراد المجموعة العلاجية لانهاء البرنامج ، ويتم ذلك فى الجلسة الأخيرة .

جـ- الأسلوب العلاجى :

اتبع العلاج الجماعى كأسلوب للعلاج حيث يرى إليس .Ellis, A (١٩٧٦ ، ١٩٩١) أن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى يصلح بخاصة فى الموقف الجماعى ، إذ تتوفر فرصة أكبر للتدريب على التأكيد الذاتى ، والتعلم من خبرات الآخرين والتفاعل علاجياً واجتماعياً خلال الجلسات وبعدها ، هذا إلى جانب ملاحظة سلوك الأعضاء بصورة مباشرة من قبل المعالج ، كما أنها توفر فرصا أكبر لتطبيق الواجبات المنزلية - أحد فنيات العلاج - والتى يؤدّى بعضها داخل الجماعة ذاتها .

وتتجلى فعالية أسلوب العلاج الجماعى من خلال ما يستهدفه من تنمية متغيرات شخصية الجماعة الخاضعة للعلاج ، وذلك لما فى الجماعة من عوامل ودينامية تعتمد على الحوار والتشجيع ، التوجيه وتبادل الآراء ، والمشاركة الوجدانية ، إلى جانب ما توفره المواقف الجماعية من فرصة لزيادة صدق وأمانة الفرد وإحساسه بالأمن النفسى .

د- الفنيات المستخدمة فى العلاج :

لقد استخدم عدداً من الفنيات العلاجية التى يقوم عليها العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ، ومنها ما يلى :

- اشباع المطالب : تم استخدام فنية اشباع المطالب ، والتى يمنح خلالها المفحوصون التقبل غير المشروط والطمأنينة وتوفير جو من الثقة والصراحة .
- المحاضرات : استخدم أسلوب المحاضرات العلمية المبسطة وذلك لشرح بعض الجلسات التى كانت تتضمن بعض المفاهيم والمصطلحات الجديدة على المفحوصين بأسلوب سهل مبسط .

- **المناقشة والحوار :** استخدمت هذه الفنية فى معظم الجلسات العلاجية وذلك لإيجاد قناة اتصال بينه وبين المفحوصين ، ولضمان المشاركة الفعالة من جانب المجموعة العلاجية ، وذلك للكشف عن المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لديهم واقناعهم بخطئها من خلال التفكير المنطقى .
- **الدحض والتشجيع :** استخدمت هذه الفنية من خلال التأكيد على ضرورة التخلى عن الأفكار اللاعقلانية ، مع التشجيع والثناء المستمر على ذلك .
- **التخلى عن المطالب :** استخدم فنية التخلى عن المطالب وذلك بتعليم المجموعة العلاجية عدم الاصرار اللاعقلانى على مطالب معينة " كطلب الكمال أو الاعتماد على الآخرين ، وكذا التخلى عن كلمات "يجب"، و "ينبغى" ، و "لابد" ..) .
- **النمذجة المتخيلة :** استخدمت هذه الفنية لاستثارة خيال الأفراد للرد على الحوار الذاتى الهدام ، وكذلك لعرض نماذج لأشخاص ذوى إعاقة بصرية استطاعوا أن ينجحوا فى الحياة ويقهروا الظلام .
- **التحويل :** استخدمت فنية التحويل وذلك من خلال التأكيد على ضرورة تحويل اهتمام المفحوصين إلى أوجه نشاط عديدة مثل الألعاب الرياضية والأنشطة الفنية والاجتماعية .
- **الواجبات المنزلية :** حيث يكلف المفحوصين ببعض الأعمال التى يقومون بها فى المنزل (القسم الداخلى) مثل الوقوف على أفكارهم اللاعقلانية التى تتعلق بموضوع ما ومحاولة تحديد الموقف المحزن والانفعال والفكرة المسببة للقلق ثم يتم مناقشة ذلك فى الجلسات التالية .
- **نموذجABC :** تم تدريب أفراد العينة العلاجية على استخدام نموذج ABC لتحديد الحدث المنشط (A) والانفعال الذى يعقبه (C) والتفكير المسبب للانفعال (B) .
- **المرح والدعابة :** استخدمت هذه الفنية من خلال إطلاق النكات المهذبة والقفشات السريعة لمساعدة المفحوصين على الانتقال من إنفعال الكدر إلى انفعال البهجة والمرح .

هـ- الوسائل المادية المستخدمة في البرنامج :

استخدمت الوسائل الآتية :

- مجموعة من النشرات تحتوى علي تعليمات لتوعية المفحوصين لمواجهة بعض الأفكار التى يتمسكون بها وكيفية التغلب عليها .
- نماذج لعدد من الاستمارات التى توضح كيفية القيام بتحديد النموذج ABC والواجبات المنزلية والحوارات الذاتية وكيفية مواجهتها .
- شريط تسجيل بعنوان (الصبر على الابتلاء) وتسجيل لسماع الشريط .
- الأدوات القياسية التى تتضمن مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية والمحتوى العلمي للبرنامج العلاجى .

و- العرض على المحكمين :

بعد أن تم تصميم محتوى برنامج العلاج العقلانى الانفعال السلوكى فى صورته النهائية تم عرضه على عدد من أعضاء هيئة التدريس لأخذ آرائهم حول :

- خطوات البرنامج التى تم تحديدها .
- مدى مناسبة الجلسات لذوى الإعاقة البصرية .
- مدى مناسبة الاجراءات المستخدمة فى البرنامج .

ز- الدراسة الاستطلاعية :

تم إجراء دراسة استطلاعية للبرنامج المستخدم فى الدراسة الحالية على اثنين من الطلاب ذوى الإعاقة البصرية - ممن تنطبق عليهم نفس شروط العينة التجريبية وفى ضوء تلك الدراسة تم التعرف على :

- تحديد فعالية الأسلوب العلاجى المستخدم .
- تحديد المدة المناسبة لكل جلسة .
- تحديد عدد الجلسات المناسبة .
- تحديد مدى فعالية الفنيات المستخدمة .

ح- المدى الزمني للجلسة :

استغرقت المدة الزمنية للجلسات ما بين (٦٠ : ٩٠) دقيقة للجلسة الواحدة .

ط- عدد الجلسات العلاجية :

لقد أوضح عبدالستار ابراهيم (١٩٨٨ : ٢٧٦) إلى أن عدد الجلسات فى البرنامج العلاجى يتوقف على الهدف منه . ولقد بلغ عدد جلسات البرنامج الحالى (١٥) جلسة تم تطبيقها بمعدل ثلاث جلسات أسبوعيا .

ى- عدد أفراد المجموعة العلاجية :

يشير لويس مليكه (١٩٩٠ ، ٢١٢) إلى أن حجم الجماعة فى العلاج العقلانى الانفعالى يتراوح من (٦)كحد أدنى إلى (١٣) كحد أقصى ، ولقد بلغ عدد أفراد المجموعة العلاجية فى البرنامج الحالى (٦) طلاب من ذوى الإعاقة البصرية .

ك- مكان الجلسات العلاجية :

تم تطبيق البرنامج بأحد فصول المدرسة بالقسم الداخلى حيث يتوافر الهدوء والبعد عن المشتتات ، وكان التلاميذ يجلسون على شكل حلقة لضمان التفاعل بينهم وبين المعالج .

ثالثا : محتوى الجلسات

لقد تم انتقاء محتوى الجلسات العلاجية بناء على الأهداف التى تم تحديدها للبرنامج ، وكذلك ما تم جمعه من معلومات خلال الجلسات الاستطلاعية التى قام بها الباحث مع الطلاب ذوى الإعاقة البصرية ، وماكشفوا عنه من أفكار لاعقلانية ، وأيضا الأسس العامة التى حددها إليس Ellis, A. فى نظريته العلاجية .

وفيما يلي شرح مفصل لهذه الجلسات :

الجلسة الأولى: التعرف والتهيئة

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على المغزى من وراء الجلسات العلاجية ومدى أهميتها وفائدتها بالنسبة لهم .

٢- إقامة علاقة علاجية بين المعالج وأفراد العينة العلاجية بالاتفاق على الخطوط الرئيسية للجلسات .

الفنيات المستخدمة :

١- المحاضرة البسيطة ٢- المناقشة والحوار ٣- إشباع الطالب

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة حوالى ٦٠ دقيقة .

محتوى الجلسة :

لقد قام المعالج بتقديم نفسه لأفراد المجموعة العلاجية ، وقام كل منهم بتقديم نفسه للآخرين ، وشرح لهم أهمية البرنامج الذى انضموا إليه ، وأبدى المعالج دفئا صادقاً فى العلاقة معهم وتكوين جو من الألفة والمودة وإقامة جسر من الثقة من خلال التقبل غير المشروط لأفراد العينة ، ولقد أوضح لهم سبب إختيارهم بالذات ضمن تلك المجموعة ، وأوضح أيضاً أن الحضور ليس إجباريا وبوسع أى فرد أن يترك المجموعة فى أى وقت يشعر فيه بعدم الاستفادة من البرنامج المقدم ، ثم تم مناقشتهم حول توقعاتهم من العلاج ، وصحح لهم أى سوء فهم بخصوص العلاج النفسى .

وتم الاتفاق على الخطوط الرئيسية للجلسات وما يجب أن تتضمنة من :

- ضرورة المشاركة الفعالة فى المناقشات والأنشطة لكل عضو من أعضاء المجموعة .
- الالتزام بآداب الحديث أثناء المناقشات .
- أهمية التعبير عما يجول بأنفسهم بصراحة ووضوح تام دون خجل أو رهبة .
- تحديد موعد الجلسات وضرورة الالتزام بالحضور فى الموعد المتفق عليه .

الجلسة الثانية : القلق

لقد تم اتباع نفس الأهداف والفنيات والوسائل المستخدمة المقدمةلعينة العلاج بالتحصين التدريجى وكذا نفس المحتوى من حيث تحديد طبيعة القلق وأنواعه وأسبابه والفرق بين القلق والخوف والآثار النفسية والفسيولوجية التى يخلفها القلق للفرد .

الجلسة الثالثة والرابعة : العلاقة بين التفكير والانفعال

أهداف الجلسة :

١- أن يتدرب أفراد العينة العلاجية على فحص العلاقة بين الحدث المحزن أو المؤلم (A) وكل من الانفعال المصاحب له (C) والتفكير المسبب لهذا الانفعال (B) .

٢- أن يتعرفوا على الدور الذى تلعبه الأفكار اللاعقلانية فى إحداث القلق .

الفنيات المستخدمة :

١- المحاضرة البسيطة ٢- فنية ABC ٣- العلاج التوجيهى الفعال
٤- المناقشة والعمل بقوة ٥- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : بطاقة تسجيل خطوات مواجهة القلق (الملحق الثالث)
نموذج رصد الأفكار المثيرة للاضطراب (الملحق الرابع)

زمن الجلســـة : استغرقت الجلسة حوالى ٨٠ دقيقة .

محتوى الجلسـتين :

فى الجلسة الثالثة تم البدأ بشرح نموذج ABC على النحو التالى :

أ- (A) تشير إلى الأحداث والمواقف التى تظهر فيها المشكلات النفسية وهى قد تكون أحداثاً داخلية أو خارجية والأحداث الخارجية هى التى يمكن أن يراها

المواقف وتحثه على التصرف من أجل تحقيق هذه الأهداف .

ثم طُرح العديد من الأمثلة لتوضيح العلاقة بين التفكير والانفعال (الأفكار اللاعقلانية والقلق) حتى يتمكن أفراد العينة العلاجية من تحديد الحدث (A) والمعتقد (B) والانفعال (c) من تلك الأمثلة .

وامتدت هذه العملية إلى الجلسة التالية (الرابعة) وذلك لكى يتم التأكد من قدرة المفحوصين على تحديد (A B C) فى المواقف المختلفة وذلك من خلال التدريب عليها كواجب منزلى .

تلى ذلك توضيح للخطوات التى يمر بها العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى وهما الخطوتان (E) و(D) حيث أن :

د- (D) تشير إلى العملية التى يتم من خلالها تفنيد المعتقدات غير العقلانية لتوضيح عدم منطقيتها وكيفية وضع أفكار مقابلة لها لتناقضها وهى الأفكار العقلانية ، أى إحلال معتقدات عقلانية محل المعتقدات غير العقلانية .

هـ - (E) تشير إلى التأثيرات التى تصاحب تعديل المعتقدات غير العقلانية وهى إما أن تكون تأثيرات معرفية أو سلوكية .

وقد تم تدريب المفحوصين على القيام بهذه العملية من خلال نموذج رصد الأفكار المثيرة للاضطرابات وتصحيح الأفكار الخاطئة .

الجلسة الخامسة (توقع الكوارث)

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة التى يعتقد من يتبناها أن الأشياء الخطيرة أو المخيفة هى أسباب الهم والانشغال الدائم للفكر لذا لابد أن يتوقعها الفرد ويكون مستعداً لمواجهتها .

٢- أن يتعرفوا على الدور الذى يلعبه الحوار الذاتى السلبى في تهديد أمنهم النفسى .

٣- أن يتدربوا على إعادة الحوار المنطقى مع الذات .

الآخرون فضلا عن صاحب المشكلة مثل (التحدث أمام الآخرين فى امتحان شفهى) أما الأحداث الداخلية فهى أفكار المرء المتعلقة بالأحداث الخارجية مثل (الحديث أمام الآخرين أمر بغيض) .

ب- (B) تشير إلى معتقدات المرء ووجهات نظره فى الحياة وهى قد تكون مرنة أو جامدة وعندما تكون جامدة يطلق عليها المعتقدات وتكون فى صيغ لغوية تبدأ غالبا بـ (يجب - ينبغى - لابد) وعندما يتمسك الفرد بهذه المعتقدات فإنه يميل إلى استنتاج أفكار لا عقلانية منها مثلا ، قد نجد الفرد يقول لنفسة : «يجب أن أتقن كل شىء أقوم به وإلا كنت فاشلا ولا قيمة لى» فيخرج من هذا الاعتقاد باستنتاج أفكار أخرى مثل « يجب ألا أخطئ أثناء التحدث أمام الآخرين وإلا أصبحت موضوعا لسخرية المعلم والزملاء» ، أو «إن التحدث أمام المعلم والزملاء أمر بغيض لا يمكن تحمله» ، وعندما تكون المتعقدات مرنة نطلق عليها المتعقدات العقلانية وهى غالباً ما تأخذ شكل الرغبة أو الأمنية أو التفضيل إلا أنها تتحول إلى مطالب وشروط مطلقة لازمة ، وعندما يتمسك المرء بهذه المعتقدات المرنة فإنه يميل إلى استنتاج أفكار عقلانية منها ، فمثلا نجد صاحب الاعتقاد العقلانى يقول لنفسه : "أفضل ألا أكون موضوعاً لانتقاد أو سخرية الناس " فنجده يميل لاستنتاج أفكار مثل " بالرغم من أننى لاأحب أن أكون موضوعاً لسخرية المعلم والزملاء إلا أننى أستطيع تحمل ذلك" .

جـ - (C) تشير إلى النتائج الانفعالية السلوكية لمعتقدات الشخص بخصوص (A) أى الأحداث ، فالنتائج الانفعالية التى تنشأ من المعتقدات الجامدة اللاعقلانية هى نتائج تثير الاضطرابات ويطلق عليها النتائج السلبية غير المناسبة أما النتائج التى تنشأ عن المعتقدات العقلانية المرنة فهى لا تؤدى إلى الاضطراب ويطلق عليها النتائج المناسبة حتى ولو كانت سلبية ، والانفعالات السلبية غير المناسبة تكون وظيفية لأنها تؤدى إلى الشعور بألم نفسى كبير وانزعاج نفسى شديد وتدفع الإنسان إلى التصرف بأسلوب ضعيف منكسر وتحول بينه وبين التصرف بطريقة تحقق أهدافه ، وفى المقابل تنبه الانفعالات السلبية غيرالمناسبة إلى أن تحقيق أهدافه يواجه عقبات وتدفعه أيضاً إلى مواجهة

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار ٢- الدحض والتفنيد
٣- الإقناع المنطقى ٤- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : نشرة إرشادية رقم (٢) -(الملحق الخامس) .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة ما يقرب من ٩٠ دقيقة .

محتوى الجلسة :

لقد تم بدء الجلسة بطرح سؤال عن المواقف التى تثير لديهم القلق ؟ وذلك لكى يتم استثارتهم والتعرف منهم على الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بهذا الاعتقاد ، ومدى معقولية تلك المثيرات من حيث كونها مثيرة للقلق بالفعل أم أن تصورهم لها - بصورة مبالغ فيها - هو الذى يجعلها كذلك .

وبعد أن قدم أفراد العينة أمثلة عن تلك المواقف التى تصيبهم بالقلق والفزع ، تناول الباحث هذه المواقف التى تحدث عنها المفحوصين وأوضح لهم تفسير هذه الظاهرة وكيف تلعب مبالغة الفرد فى إدراكه للأحداث والخبرات التى يمر بها إلى تضخيمها ، فيؤدى به ذلك إلى الخوف من أشياء غير مخيفة فى الواقع ، وأيضاً توقعه للأشياء الخطيرة والتى لا يوجد لها أسباب تدعو إلى ذلك فى الحقيقة ، كتوقع الشر لنفسه ولأسرته أو الخوف من الفشل فى الدراسة أو فقدان شخص عزيز عليه وما يرتبط بهذا كله من إثارة مشاعر القلق والتوتر لديه .

ثم تم القيام بدحض الأفكار اللاعقلانية التى تتعلق بمبالغتهم فى تضخيم الأحداث وتوقع الكوارث ، والدور الذى يلعبه الخطأ فى الحكم على المواقف والاستنتاج الأعتباطى وما ينجم عن ذلك من شعور فظيع بهول الموقف الذى يمر به .

وتم التأكيد أيضاً على أن ما يقوله الفرد لنفسه فى المواقف التى يرى أنها مهددة لأمنه هى التى تزيد من حجم تلك المثيرات ، ومن هنا يجب على الفرد تعديل الحوار الذاتى - ما يقوله الفرد لنفسه - وذلك وفقا لثلاثة قواعد :

١- أن تقنع نفسك بأن الخوف والهلع الذى يمتلك مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التى ستحدث فعلاً ، ولذا لابد أن تقول لنفسك : " إننى سأحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرى وتهويلى له بهذا الشكل " .

٢- أن تقع نفسك بشتى الوسائل الممكنة أن الموقف الذى يثير قلقك سوف ينتهى حتماً إن أجلاً أو عاجلاً لذا لا داعى للانزعاج بهذه الصورة .

٣- أن تقول لنفسك " بأن التخلص من مشاعر الكراهية والتوترات المرتبطة بالقلق أمر صعب ولكن لابد على تقبل بعض جوانب التوتر مؤقتاً " .

وأخيراً طُلب من كل فرد أن يراقب ذاتياً أنشطته وأفكاره ويقوم بتسجيل الأفكار اللاعقلانية ويسجل المواقف التى تتمخض عن انفعالات سيئة ، وكذلك التفكير الذى يسبق الانفعال ، ثم يسجل إعتقاده العقلانى الذى يناقص به الأفكار اللاعقلانية التى سببت له الانفعال وذلك كما تعلم فى الجلسة السابقة .

الجلسة السادسة : المبالغة فى طلب الكمال

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة التى يعتقد من يتبناها بأن "الفرد لكى يشعر بكفاءته ويستشعر قيمته فى الحياة ينبغى أن يكون خالياً من أوجه القصور حتى يصل عمله إلى درجة الكمال .

٢- أن يعرفوا أن الأحكام المطلقة غير واقعية ، وعلينا التفكير فى الاحتمالات .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار
٢- الدحض الموجه
٣- الدعاية المضادة
٤- التخلى عن المطالب
٥- التشجيع والحث

الوسائل المستخدمة : النشرة الإرشادية رقم (٣) - (الملحق السادس) .

زمن الجلســة : استغرقت الجلسة ٧٥ دقيقة .

محتوى الجلســة :

لقد تم إيضاح أن المعتقدات اللاعقلانية هى فى الأصل رغبات ولكنها تأخذ طابع المطالب المطلقة لا تنازل عنها وأن هذه المعتقدات تجعل الفرد يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميماً خاطئاً وسلبياً ، ففشله فى تحقيق هدف معين ولو جزئى يعنى لديه أنه إنسان ضعيف ، وفاشل ، وعاجز عن تحقيق آماله وطموحاته فى الحياة ، بل يصل به الأمر إلى أن يعتقد أن العمل الممتاز لا يكفى !! لأن أى عمل يجب أن يصل إلى درجة الكمال ولذا نجده لا يستطيع أن يتحمل موقف المنافسة مع الآخرين لتحقيق ما يريده ، لأن ما يريده فى الحقيقة هو أن يهزم الجميع فى كل شىء ، أو نجد آخر يضع لنفسه أهدافاً لا تتناسب وقدراته وإمكاناته الفعلية فيفشل فى تحقيقها فتصبح صورة الذات لديه منطوية على شعور عام بعدم القيمة .

وتم معارضة هذه الأفكار اللاعقلانية التى يتبناها البعض - من أفراد العينة العلاجية - والتى تتمثل فى تبنى أهداف غير واقعية ، أو الأفكار التى تتعلق بكون الفشل فى عمل ما يعتبر مصيبة لا يمكن تحملها ، وتبصيرهم أن الغاية فى أداء عمل لا يعنى الوصول فيه إلى درجة الكمال - فالكمال لله وحده - وإنما يعنى الاستمتاع بأداء هذا العمل والوصول به إلى المستوى الذى يناسب إمكانات الفرد وقدراته ، وقال تعالى : « لا يكلف الله نفساً إلا وسعها » .

وقد تساءل الباحث : هل يستطيع الواحد منكم أن يقوم بعمل ما إذا كان أحد الأشخاص واقفاً على كتفة أو هناك من ينتقد كل عمل يقوم به؟ ... فهذا يفعله الواحد منكم مع نفسه ناقداً ومقيماً لذاته على كل شىء يفعله بشكل مبالغ فيه ، فيأتى عمله دائما دون المستوى المطلوب .

والفشل فى أحد الميـــادين لا يعنى الفشل فى كل الميـــادين وإنما يجب أن يبحث الفرد دائماً على الأشياء التى يستطيع أن يجد فيها نفسه وهذا لا يعنى أيضاً

أن يصل فى هذا العمل لدرجة الكمال ولكن يكفيه أن يشعر أنها تشبع حاجاته وترضيه .

وفى نهاية الجلسة تم التأكيد على ضرورة أن يكون الفرد صادقاً مع نفسه وأن يسلم بينه وبين نفسه بالهبات التى أسبغها الله عليه والنقائض التى توجد فيه ، وأن يحاول أن ينجز عمله فى حدود إمكاناته الفعلية ، فكل ميسر لما خلق له .



أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة التى يعتقد من يتبناها أن "بعض الناس يبتعدون عن الكفيف أو ينظرون إليه إما نظرة شفقة ورثاء أو تدنى واحتقار واستهزاء" .

٢- أن يتدربوا على التغلب على التفكير الانهزامى من خلال إعادة الحوار المنطقى مع الذات .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار   ٢- الإقناع المنطقى   ٣- تبسيط الإهانة

٤- النمذجـــــة   ٥- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : النشرة الإرشادية رقم (٤) - (الملحق السابع) .

زمن الجلســـة : استغرقت الجلسة ٨٠ دقيقة .

محتوى الجلســة :

فى هذه الجلسة حاولنا أن نوضح أن كل ما يكتنف فكرة ازدراء المجتمع لذوى الإعاقة البصرية من تفسيرات مبنية على فهم الخاطىء لاتجاهات المبصرين نحو ذوى الإعاقة البصرية ، وكيف أن الكثير من المبصرين يحاولون تقديم يد المساعدة إليهم فى

أحيان كثيرة ولكنهم يجهلون الطريقة التى يقدمون بها تلك المساعدة مما يجعل ذوى الإعاقة البصرية يدركون أن ثمة اتجاهات سلبية نحوهم .

وأوضحنا لهم أن ذلك مرده إلى أن البعض يردد بينه وبين نفسه - الحوار الذاتى - بعض الأفكار التى تدعم تصوره السلبى لاتجاهات الآخرين له والتى من بينها :

- كم هو فظيعاً أن يعاملنى الناس بسخرية واستهزاء .
- لا أستطيع أن أتحمل معاملة الآخرين لى بهذه الطريقة الظالمة .
- لا ينبغى أن يتصرف الآخرون معى من منطلق العطف والشفقة .

ولذا ينبغى أن يسأل كل منكم نفسه هل يستطيع أن يقيم الدليل على أن الآخرين يعاملونه بهذه الطريقة التى يتصور أنها ظالمة ومجحفة لإنسانيته ، وإذا كنت تستطيع أن تقدم الدليل - وإن كان يصعب ذلك - على أن الآخرين يعاملونك بطريقة فيها سخرية واستهزاء أو عطف وشفقة ، فليس هناك ما يجبرهم أن يعاملوك عكس ذلك ، ولذا لابد أن تعيد التفكير من جديد لتجد حلاً مناسباً يرضيك ، وتحاول أن تجد أكثر من بديل يساعد على إعادة تصور الآخرين عنك .

ومن بين البدائل المتاحة أمامك :

- أن تحاور الآخرين بالمنطق لتؤكد لهم أنك لا تقل عنهم بل قد تستطيع أن تفعل ما قد يفعلونه .
- أن تحاول أن تجد نشاطاً تؤكد فيه ذاتك وبأنك جدير باحترامهم وثقتهم
- أن تستمتع بالحياة دون الاهتمام بآراء الآخرين وتصوراتهم .

وقد تم مساعدة أفراد العينة العلاجية على ألا يأخذوا إهانة الآخرين بخطورة زائدة أو بحساسية مفرطة ، بل يجب أن نتقبل الناس وكأنهم غير مذنبين فى حقنا حتى ولو كانوا يقصدون ما يفعلون ، ففى مقابل اتجاهات البعض السلبية فهناك الكثيرون ممن يقدرون إنجازات ذوى الإعاقة البصرية وينظرون إليهم نظرة مملؤها الاحترام والتقدير ، والدليل على ذلك ما وصل إليه الكثيرون من ذوى الإعاقة البصرية إلى مراكز مرموقة فى المجتمع العربى والعالمى - وساق لهم الباحث العديد من النماذج - والذين تفخر بهم مجتمعاتهم وتقدرهم .

الجلسة الثامنة : إخفاء علامات كف البصر

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة اللاعقلانية التي يعتقد من يتبناها أنه "يجب أن يخفي الفرد الأفعال والسلوكيات والعلامات الدالة على كف البصر حتى ينال قبول واستحسان الآخرين" .

٢- التدريب على إعادة الحوار المنطقي مع الذات .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار ٢- الدحض والإقناع ٣- الدعاية المضادة

٤- التخلي عن الوجوبية ٥- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : النشرة الإرشادية رقم (٥) - (الملحق الثامن).

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة ٦٠ دقيقة .

محتوى الجلسة :

بدأت الجلسة بطرح أسئلة هي : لماذا يحاول البعض إخفاء العلامات الدالة على كف البصر ؟ لماذا لا يستعين الكثيرون بالوسائل والأدوات التي تعينهم على الحركة والتنقل كاستخدام العصا أو الكلب المرشد ؟ لماذا يتوارى البعض حتى لا يكتشف الآخرون أنه ذو إعاقة بصرية ؟

وقد طرح أفراد العينة العلاجية إجاباتهم حول الأسئلة التي تم طرحها ، وكان معظم هذه الإجابات تحمل بين طياتها تصورات وأفكار لاعقلانية مثل " يجب أن أفعل ذلك حتى ألقى استحسان الناس وإعجابهم" ، أو "أنني أفعل ذلك حتى لا أظهر عاجزاً أمام الناس" ، أو "لكي أبدو حسن المظهر أمام الآخرين وطبيعياً مثلهم" ..... وإلى غير ذلك من المعتقدات الخاطئة .

وهنا تم عرض نماذج لبعض المشكلات التى يتعرض لها الكثير من ذوى الإعاقة البصرية من جراء تمسكهم بهذه الأفكار ومدى الإحباط الذى يشعرون به نتيجة وقوعهم فى تلك المشكلات مما يعمق لديهم الشعور بالإعاقة أكثر ، فيتولد لديهم القلق والاضطراب نتيجة لذلك ، وتزداد الفجوة بينه وبين بيئته والأخرين . مما ينعكس بصورة سلبية على تقليل الفرد لذاته وللآخرين والبيئة المحيط به .

وتم إيضاح أن الإنسان لا يستطيع أن يخفى ما لا يمكن إخفاءه ، فكل إنسان معرض للإصابة بإعاقة ما ، سواء أكان فقد ذراع ، أو فقد السمع ، أو فقد البصر فى أى وقت من حياته ، وهذه ليست جريمـــة أو وصمة عار يجب أن نتنصل منها ونواريها عن الآخرين ، وأن استخدامه للأدوات المعينة لا تساعده وتعينه فقط على التنقل والحركة بحرية ، ولكن الأهم من ذلك كله ، أنها تساعده على الاستقلال ، وتقليل من اعتماده على الآخرين لحد كبير ، وتقيه مغبة الوقوع فى كثير من المشـكلات .

وتم حثهم على ضرورة تعديل الأحاديث الذاتية التى يرددها الفرد لنفسه والتى تعمق من إيمانه وتمسكه بهذا الاعتقاد فيصور لنفسه أنه على صواب ومن بين الأحاديث " إن استعانتى بالعصا تظهرنى شخصا عاجزاً ضعيفاً أمام الناس" ، " لكى أبدو طبيعياً أمام الآخرين يجب أن أخفى إعاقتى" .. وهكذا ، وإلى غير ذلك من الأحاديث الذاتية المثبطة للذات .

وقد طُلب منهم أن يكرر كل فرد عدداً من العبارات التي تناقض أفكارهم اللاعقلانية - التى سبق عرض بعض منها - والتى تتعلق بإخفاء كف البصر وذلك كواجب منزلى يقوم به كل فرد من أفراد المجموعة العلاجية .

الجلسة التاسعة : وهم استعادة البصر

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة اللاعقلانية التى يعتقد من

يتبناها أن "المستقبل يحمل أملا جديدا فى أن الله سيمن عليه بمعجزة تعيد إليه بصره أو فى ظهور علاج يشفيه" .

٢- أن يتعرف أفراد العينة على رأى الدين فى الصبر على المصائب .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار ٢- ملء الفراغ ٣- النمذجة

٤- التخلى عن المطالب ٥- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : شريط كاسيت (الصبر على الابتلاء) .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة ٩٠ دقيقة .

محتوى الجلسة :

لقد تم البدء بعرض لمفهوم الإعاقة البصرية ، وما أهم الأسباب التى تؤدى إلى إحداث كف البصر بمختلف أنواعها ودرجاتها ؟ وما الآراء الحديثة فى مجال طب العيون والعلاجات والجراحات (بصورة مبسطة) ؟

ثم تمت مناقشة أفراد العينة فى مدى معقولية فكرة استعادة البصر من جديد ، وكيف أن تمسك البعض بهذه الفكرة اللاعقلانية لا أساس أو مبرر له ما دامت التقارير والفحوص الطبية قد أكدت استحالة استعادة البصر من جديد ، إذن لماذا يشغل البعض أنفسهم بموضوع من الصعب تحقيقه على الأقل فى الوقت الحاضر ؟

ولقد تم إيضاح أن التمسك بهذه الفكرة لا تجر على الفرد الألم والحسرة فحسب ، بل تجعله يهرب من مواجهة المشكلات التى يسببها كف البصر ، فنجده يحاول إقناع نفسه بأن كف البصر مشكلة بسيطة وليس بإعاقة بقدر ما هو مضايقة قليلة الشأن سوف تزول إن طال الوقت أو قصر ، وكيف أن التمسك بهذه الفكرة يجعله يهرب من عالم الواقع ليغوص فى عالم من الأوهام وأحلام اليقظة يشغله عن التفكير فى أمور حياته ومستقبله ، ويعوقه عن حل مشكلاته خلال سنوات طويلة من عمره أو خلال حياته كلها ، بل قد يصل به الأمر إلى إفساد حياته بأكملها .

وتم التأكيد على أن الاعتقاد بأنه سوف تحدث معجزة - بعد علم الله - تعيد إليهم أبصارهم يستند إلى الاحلام وليس إلى الإيمان ، ولذا يجب على هؤلاء أن يؤمنوا بقضاء الله وقدره - وفى نهاية الجلسة تم توضيح رأى الإسلام فى ذلك وسيق إليهم عدداً من الأحاديث والقصص النبوية وكذلك الآيات القرآنية التى تحث على الصبر على الابتلاء والمصائب كقوله تعالى : " ولنبلونكم بشىء من الخوف والجوع ونقص فى الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون" .

وبعد ذلك تم الاستماع إلى شريط مسجل عليه حديث لأحد رجال الدين حول موضوع الصبر على الابتلاء . وفى نهاية الجلسة طُلب من كل فرد أن يسجل فى بطاقة الواجبات المواقف والانفعالات والأفكار التى تراوده حول موضوع استعادة البصر ثم يسجل الأفكار المناقضة لهذه الفكرة .

الجلسة العاشرة: العزلة الاجتماعية

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة اللاعقلانية التى يعتقد من يتبناها أنه "ينبغى أن يبتعد الكفيف عن الآخرين حتى يسلم من مراقبتهم ونقدهم له" .

٢- أن يتدربوا على ممارسة بعض الأنشطة والمهارات الاجتماعية .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار ٢- الإقناع المنطقى ٣- الحث والتشجيع
٤- استبدال الأهداف الشخصية ٥- لعب الدور

الوسائل المستخدمة : نشرة إرشادية رقم (٦) - (الملحق التاسع).

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة ٨٠ دقيقة .

محتوى الجلسة :

لقد بدأت أحداث الجلسة بمناقشة أسباب مشكلة العزلة الاجتماعية وهل هى نتيجة لخوف الفرد من أن يكون موضع ملاحظة الآخرين ومثار حديثهم ؟ أما يلجأ إليها الفرد كوسيلة هروبية من بيئته التى يتصور أها تناصبه العداء أو أنها لا تحببه بالقدر الذى يرضى عنه ؟ أم يميل للعزلة ليتفادى ما يمكن أن يوحى إليه من إهانات وتلميحات تمس شخصيته .

وبعد أن تم تحديد الأسباب التى يرى أفراد العينة أنها تقف وراء عزلتهم وإنسحابهم من العلاقات الاجتماعية ، بدأ الحديث حول مدى معقولية هذه الأسباب وما إذا كانت توافق الحقيقة أم أنها مجرد تصورات يسلمون بها دون فحص أو تدقيق .

وتم إيضاح أن اعتقاد البعض منهم أنه مراقب من الآخرين وأن أفعاله وتصرفاته مثار حديثهم هو وهم ينسجه بخياله ويجعله يتصور ذلك على غير الحقيقة ، وأن إعتقاده هذا يثير لديه التوتر والشك فيمن حوله أثناء تواجده معهم مما يدفعه إلى الارتباك فيقع فى أخطاء كثيرة ، هذه الأخطاء هى التى تكون مثار ملاحظتهم وحديثهم ، فهذا يجعله يؤمن بأن خير وسيلة للابتعاد عن تلك الأخطاء وهذه المشكلات هو الانعزال عن الآخرين ، مما ينجم عنه اضطراب العلاقة بينه وبين الآخرين فيضطرب سلوكه الاجتماعى ، فيقع فريسة للعزلة والقلق .

وبعد تصحيح باقى الأفكار الآخرى التى تدور حول نفس الموضوع ، تم محاولة تشجيعهم على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، وقد تم ممارسة ذلك من خلال القيام بلعب الأدوار حيث طُلب منهم أن يقوم أحدهم بدور شخص يريد أن يتعرف على شخص آخر لا يعرفه من قبل ليرى كيف سيقوم بذلك ، ثم قام الباحث بتدريبهم على بعض المهارات الاجتماعية والتى تتضمن مهارة الاستماع الجيد ومهارة الحديث وآدابه كتجنب صيغة الإجبار أو كيف تعبر عن عدم الموافقة على أمر ما أو كيفية إصلاح الخطأ ، وإلى غير ذلك من المهارات المختلفة ، وقد تم تكليف أفراد العينة بواجب منزلى بأن يتعرف على أحد زملائه فى المدرسة ممن لا يعرفهم من قبل وتسجيل ذلك كتابياً للتعرف على مدى استفادتهم من تعلمهم للمهارات الاجتماعية التى تم تدريبهم عليها .

الجلسة الحادية عشر الاعتمادية على الآخرين

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة اللاعقلانية التي يعتقد من يتبناها منهم أنه "ينبغي أن يعتمد الفرد على الآخرين ، ولذا يجب العمل على إرضائهم ومسايرتهم خوفاً من فقدان سندهم " .

٢- التدريب على مواجهة الحوار الذاتي الخاطئ .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار
٢- الدحض والإقنـــاع
٣- استبدال الأهداف الشخصية
٤- الحث والتشجيع

الوسائل المستخدمة : بطاقة لتسجيل الحوار الذاتي (الملحق العاشر) .

زمن الجلســـة : استغرقت الجلسة ٨٠ دقيقة .

محتوى الجلســـة :

بدأت الجلسة بسؤال محوري ليكون مدخلاً للمناقشة وهو ، متى يعتمد الفرد ذا الإعاقة البصرية على الآخرين من حوله ؟ وهل يجب أن يعتمد عليهم دائما أم عليه أن يرفض هذه المساعدة تماما ؟ ولماذا ؟

وبعد أن تم الاستماع لإجابات أعضاء المجموعة العلاجية ، تم توضيح عدة محاور أهمها ، حاجة ذوى الإعاقة البصرية إلى الرعاية والمساعدة وخاصة خارج المنزل الذى يألفه ، وأيضاً اعتياد البعض على المساعدة وقبولهم لها باستمرار .

وتمت الإشارة إلى أن هناك اتجاهين على طرفى النقيض فى اعتمادية ذوى الاعاقة البصرية على الآخرين ، الاتجاه الأول يتمثل فى ميل البعض قبول المساعدة من الآخرين ، بل ويتطور لديه هذا الميل ويعممه على جميع المواقف بصرف النظر عما إذا

كان يستدعى المساعدة أم لا ، أى أنه يقبل المساعدة من الآخرين حتى وإن كان قادراً على الاستغناء عنها ، أما فى الاتجاه الثانى نجد البعض الآخر يأخذ موقفاً مغايراً من المساعدة التى تقدم إليه ، فهو يرفضها بشكل قاطع ، فنجده يرفض أى نوع من المساعدة ولو فى المواقف التى يحتاج فيها للمساعدة بالفعل .

ثم تم إيضاح عدم معقولية الاتجاهين سواء أكان الاعتماد الكامل أو الرفض التام وكيف أن الذى يعتمد على الاخرين بصورة كبيرة يضع نفسه تحت رحمة من يعتمد عليهم ، وأن الذى يرفض المساعدة لجدة ينسحب من المجتمع ويصبح ناقما عليه أو أن يرفض إعاقته ولا يتقبل ذاته وسواء رفض نفسه أو يرفض الآخرين فإنه سوف يؤثر العزلة ويصبح فريسة للقلق .

وتمت الإشارة إلى أن الاستجابة السوية تقوم على ضرورة الاعتراف بالتبعية التى يفرضها كف البصر وتقبل هذه التبعية حين ضرورة حتمية دون سعى منه إليها ، فالشخص الذى يتمتع بالالتزان الانفعالى لا يجد غضاضة فى تقبل المساعدة التى تنطوى عليها مواقف الحياة .

الجلسة الثانية عشر : الشعور بالتعاسة

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة اللاعقلانية التى يعتقد من يتبناها أن "إعاقته هى مصدر ألم الفرد وتعاسته فى الحياة ، ولذا ينبغى القاء اللوم عليها" .

٢- تدريبهم على وقف التفكير التلقائى الانهزامى .

٣- تدريبهم على استخدام الأسلوب العلمى فى التفكير .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار

٢- تنمية القدرة على حل المشكلات

٣- التخلى عن عدم المنطقية

٤- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : نشرة إرشادية رقم (٧) - (الملحق الحادى عشر) .

زمن الجلسـة : استغرقت الجلسة حوالى ٩٠ دقيقة .

محتوى الجلسـة :

لقد أوضحنا لأفراد العينة العلاجية أن البعض منهم قد يلجأ أحيانا لبعض الحيل الدفاعية لمواجهة ما يشعرون به من قلق وصراع داخلى ، ومن هذه الحيل "التبرير" ، فالفرد ذى الإعاقة البصرية عندما يخطىء فى عمل ما أو يشعر بالتعاسة والحزن لسبب ما نجد أن الفكرة التى تقفز إلى ذهنه مباشرة هى كف البصر ، فنجده يقوم بتبرير العمل الذى فشل فيه أو الذى سبب له الحزن بأن إعاقته هى السبب ونجده يقول لنفسه : " لولا إعاقتى ما كنت قد وقعت فى الخطأ " ، " لو أننى مبصر ما كنت شعرت بالحزن " بالرغم من أن الإعاقة لا يكون لها دخل فيما ارتكب من أخطاء أو ما شعر به من ألم وحزن ، وهو يلجأ إلى هذا الأسلوب حين ينفر من قبول التفسير الصحيح لما فعل ، فكف البصر بالنسبة له هو الشماعة التى يعلق عليها أخطاءه وآلامه وذلك لعجزه عن مواجهة حقيقة أخطائه .

ولكى تتعلموا التخلص من هذه الطريقة السلبية فى التفكير فعليكم أولاً أن تتعلموا طريقة وقف التفكير التلقائى السلبى تجاه الإعاقة ، فكل منا عندما يحدث له موقف ما أو يتذكر حادثة معينة يقفز إلى ذهنه بعض الأفكار التى تتكرر فى كل مرة سواء مع هذا الموقف أو فى المواقف الآخرى - كفكرة أن كف البصر هو سبب الفشل والتعاسة - ولذا يجب عليكم أن تقولوا لأنفسكم عندما يحدث ذلك " قف .... وفكر .... وابحث عن السبب الحقيقى قبل أن تتصرف " .

ثم تم تدريبهم على استخدام الأسلوب العلمى فى التفكير كطريقة صحيحة لوقف الأفكار التلقائية وحل المشكلات التى تواجههم ، وأن أى مشكلة تواجه الفرد لابد أن يحدد عدداً من الخطوات التى يسير فيها لكى يجتاز هذه المشكلة ويصل لحل مرضى لها - وأول هذه الخطوات أن يقوم بجمع المعلومات حول الأسباب التى أدت إلى فشله فى أداء عمل ما ، ثم يقوم بفرض عدد من الفروض للتغلب على هذا الفشل فى

ضوء ما جمعه من معلومات ، ثم يختار أقرب هذه الفروض للوصول للهدف لكي يحول فشلة لنجاح بدلا من أن يلقى باللوم على إعاقته .

وفى نهاية الجلسة أعطى للمفحوصين واجبًا منزليًا يقوم على تدريبهم على كيفية حل بعض المشكلات التى يمكن أن يواجهونها فى المستقبل فى ضوء استخدام الأسلوب العلمى فى التفكير .

الجلسة الثالثة عشر: ضيق الآخرين من الكفيف

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة التى يعتقد من يتبناها أن "ضيق الناس المحيطين بالكفيف وقلقهم المستمر مصدره الأعباء التى يتحملونها عنه" .

٢- أن يتعرفوا على الدور الذى تلعبه الأحاديث الذاتية فى تضخيم سلوكيات الآخرين وآرائهم .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار

٢- الدحض والإقناع

٣- تبسيط الإهانة

٤- الواجبات المنزلية

الوسائل المستخدمة : نشرة إرشادية رقم (٨) - (الملحق الثانى عشر) .

زمن الجلسة : استغرقت الجلسة ٦٠ دقيقة .

محتوى الجلسة :

وُجه الباحث لأفراد العينة تساؤلات عن متى يكون الفرد عبئاً على الآخرين ؟

ومتى يكون مصدر قلقهم وتوترهم وضجرهم ؟

ثم تم تحليل استجابات العينة حول السؤالين والكشف عما يعترى أفكارهم من مفاهيم ومعتقدات غير عقلانية تجعل الفرد منهم يتصور أنه عبء على من حوله ، وأن تلك الأعباء الملقاه على عاتق المحيطين به تجعلهم ينفرون منه ويبتعدون عنه ، بل أن البعض منهم يخشى أن يعلن عن نفسه خوفاً من أن يطلب منهم - ذو الإعاقة البصرية - شيئا ما .

وتم إيضاح أن مثل هذا الاعتقاد لا يؤدى فقط إلى اضطرابهم بل قد يؤدى بهم إلى أن يصبحوا أكثر حساسية فى علاقاتهم الاجتماعية مع المحيطين بهم ، فما قد يفعله فرد ما بنوايا حسنة قد يعتقدها ذو الإعاقة البصرية بأنها تحمل نوايا سيئة لأنه يشك فى كل تصرف يقوم به الآخرون ، فإذا اعتذر شخص ما عن أداء عمل معين فهذا يعنى بالنسبة له أنه يتهرب منه ولا يقف الأمر عند هذا الحد بل إن إدراك الفرد المشوه لتصرفات الآخرين قد يجعله يعتقد أن وجوده بين أفراد أسرته هو سبب مشاكلهم وأن حياتهم كان يمكن أن تصبح أفضل بدونه .

إن الفرد قد يسبب الاضطراب لنفسه حين يضخم الأمور ويهول من الأحداث التى تجرى حوله من خلال أحاديثه التى يرددها لنفسه كأن يقول :" أنا السبب فى قلق والدى المستمر " ، أو "أنا مصدر توتر العلاقات بين والداى" .. وإلى غير ذلك من الأحاديث الانهزامية والمثبطة للذات .

وهنا من الضرورى أن يستبدل الفرد تلك الأحاديث بأخرى اكثر معقولية وإيجابية مثل " إن قلق والدى سببه هموم العمل وأعباء المنزل " ، "قد تكون هناك أمور لا أعلمها هى سبب توتر العلاقة بين والداى " .... وهكذا .

ثم طلب منهم الباحث بعض الأفكار اللاعقلانية ومضادها العقلانية فيما يتعلق بموضوع الجلسة كواجب منزلى .

الجلسة الرابعة عشر: كتابة المستقبل

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أفراد العينة العلاجية على الفكرة اللاعقلانية التى يعتقد من يتبناها أن "تأمين المستقبل المهنى والمادى درب من المستحيل ، كما أن الزواج وإعالة أسرة أمر صعب المنال" .

٢- أن يتعرفوا على ما يدور حول موضوعات الزواج والمهنة .. وغيرها من المفاهيم .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار
٢- ملء الفــــراغ
٣- الدحض والإقنـــاع
٤- الحث والتشجيع

الوسائل المستخدمة : بطاقة مواجهة الحوار الذاتى- (الملحق العاشر) .

زمن الجلســـة : استغرقت الجلسة ٦٠ دقيقة .

محتوى الجلســـة :

فى هذه الجلسة تمت محاولة لسد النقص المعرفى لدى أفراد العينة العلاجية فى عدد من الموضوعات التى تتعلق بفكرة الزواج والعمل .

لقد أثارت عدداً من التساؤلات التى تتصارع فى أذهان الكثير من ذوى الإعاقة البصرية حول الزواج وما يرتبط به من موضوعات عديدة قد تكون سبباً فى اضطرابهم وقلقهم ، وكان من بين هذه التساؤلات ما الذى يجعل فتاة مبصرة توافق على الارتباط بشخص له مثل ظروفى ما لم يكن بها عيب ما ؟ وهل كف البصر بالعيب الذى يجعلى لا أستطيع أن أتابع تربية أبنائى ؟ وهل سوف استطيع أن أؤمن حياة أسرتى ؟ وهل كف البصر بالمرض الذى يمكن أن ينتقل وراثيا للأبناء ؟ وهل سأكون مصدر سعادة لأسرتى أم مصدراً لشقاءها ومعاناتها وهل استطيع أن أوفى

بالمتطلبات النفسية والاجتماعية لزوجتى وأبنائى أم لا ؟ .... وإلى غير ذلك من الأسئلة التى لا يجد لها إجابة فى ذهنه أو قد تكون إجابته التى يرد بها على نفسه ليست فى صالحه .

وهنا تمت الإجابة عن هذه التساؤلات وغيرها مما أثارها المفحوصين حتى استطاع كل منهم فهم ما يدور حول هذا الموضوع من ملابسات .

ثم أثير عدد من التساؤلات والتى تتعلق بالمستقبل المهنى لهم مثل هل العمل الذى سوف التحق به سوف أنجح فيه ، أم سيكون مصيرى الفشل ؟ وماذا سيكون موقف زملائى فى العمل منى هل سأكون مثار للسخرية والاستهزاء أو الشفقة والعطف؟ وهل سأجد العمل الذى يناسب قدراتى ويشبع هواياتى أم لا ؟ .... وهنا أيضاً تمت الإجابة عن تلك تساؤلات وكشف الغموض عن هذا الموضوع .



أهداف الجلسة :

١- تطبيق مقياس القلق للمكفوفين ومقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية (القياس البعدى) .
٢- جمع آراء العينة حول مدى الاستفادة من البرنامج الذى قدم لهم .
٣- تلخيص أهداف المرحلة المستقبلية القادمة .

الفنيات المستخدمة :

١- المناقشة والحوار
٢- المرح والدعابة

الوسائل المستخدمة :

١- استمارة تقييم - (الملحق الثالث عشر) .
٢- نشرة إرشادية رقم (٩) (الملحق الرابع عشر) .

محتوى الجلسة :

محتوى الجلسة : لقد تم فى هذه الجلسة تطبيق مقياس القلق للمكفوفين ومقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية ، ثم تم جمع آراء العينة حول مدى الاستفادة من البرنامج وذلك بتطبيق استمارة تقييم تتضمن أسئلة حول ما الذى تعلموه من البرنامج ؟ وما التغيرات التى يشعرون بها ؟

ثم تم تقديم النشرة الإرشادية الخاصة بالجلسة والتى تتضمن بعض النصائح التى ينبغى على كل فرد اتباعها حتى لا يقع فريسة للقلق مرة ثانية فى المستقبل .

تقويم البرنامج :

(١) التقويم البعدى :

لقد تم تقويم البرنامج من خلال الإطلاع على نتائج تطبيق مقياس قلق المكفوفين ومقارنتها بنتائج القياس القبلى ، ثم تم الاعتماد على آراء المفحوصين فى البرنامج من خلال استمارة لتقويم البرنامج .

(٢) التقويم التتبعى :

تم بعد شهرين من التقويم البعدى للوقوف على مدى استمرار فعالية البرنامج والصعوبات التى مر بها أفراد العينة خلال التفاعل مع مواقف القلق فى الحياة الفعلية وذلك لمحاولة تذليل تلك الصعوبات .

ثالثا : خطوات التطبيق

بعد تجهيز المقاييس التى سوف يتم تطبيقها ، وإعداد البرنامج العلاجى العقلانى الانفعالى السلوكى وبرنامج التحصين التدريجى ، تم القيام بما يلى :

١- القيام بدراسة استطلاعية للعينة الحالية وذلك بهدف اختيار العينتين التجريبيتين والعينة الضابطة فى ضوء متغيرات الدراسة . فتم انتقاء العينة فى مرحلة المراهقة - بناء على الأسباب التى طُرحت سابقا - ثم تم حساب الفروق بين الجنسين (بنين وبنات) وذلك لتحديد ما إذا كانت هناك فروق بينهما

فى مستوى القلق أم لا - وبناء عليه لم توجد فروقا بين الجنسين فتم اختيار عينة الذكور لتمثل عينة الدراسة الحالية ، تلى ذلك تحديد نوع الإقامة وحساب الفروق بين الذكور المقيمين إقامة داخلية ونظرائهم المقيمين إقامة خارجية - مع أسرهم - فى مستوى القلق ، وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة احصائيا بين المجموعتين حيث تبين أن المقيمين إقامة داخلية أكثر قلقا من أقرانهم المقيمين مع أسرهم ، ثم تلى ذلك حساب الفرق فى السن عند حدوث الإعاقة (قبل الخامسة - بعد الخامسة) وقد تبين عدم وجود فروق بين الذكور فى المجموعتين فى مستوى القلق سواء أكان فقد البصر حدث قبل سن الخامسة أم بعدها .

٢- بناءً على ما تقدم فقد تم الإبقاء على (٢٤) طالباً بمدرستى النور للمكفوفين بالزقازيق ومدرسة طه حسين للمكفوفين بالزيتون ، وتم تطبيق استبانة مستشفى ميدل سكس (M. H. Q) وبناء عليها فقد تم استبعاد طالبين ، فاستقرت العينة التجريبية على (٢٢) طالباً تمت المجانسة بينهم فى العمر الزمنى والذكاء والمستوى الاقتصادى الاجتماعى ، مستوى القلق .

٣- ونظراً لوجود برنامجين علاجيين أحدهما معرفى والآخر سلوكى فقد تم توزيع المجموعتين التجريبيتين بناء على درجاتهما على مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية (إعداد : المؤلف) ، حيث يتبين بعد تطبيق المقياس أن البعض منهم أكثر تمسكا بالأفكار اللاعقلانية من الآخرين ، وهؤلاء الطلاب تم وضعهم فى مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى وعددهم (٦) طلاب ، أما المجموعة الأخرى فقد تم اختيارهم بناء على درجاتهم فى بعد (الأعراض الفسيلوجية للقلق) فى مقياس قلق المكفوفين حيث تم انتقاء أكثر الطلاب استجابة للقلق باضطراب فسيولوجى ووضعهم فى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجى وعددهم (٦) طلاب وتم وضع (٦) طلاب آخرين فى المجموعة الضابطة ، أما الـ (٤) طلاب المتبقين فقد تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية للبرنامجين عليهم ، وهكذا تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات فرعية هى :

المجموعة الأولى : هى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجى ويتكون من (٦) طلاب .

المجموعة الثانية : هى مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السوكى وتتكون من (٦) طلاب .

المجموعة الثالثة : هى المجموعة الضابطة والتى لم تتلق أى علاج وتتكون من (٦) طلاب .

٤- بعد ذلك تم تطبيق البرنامج العقلانى الانفعالى السلوكى وبرنامج التحصين التدريجى فى الفترة من ١٩٩٨/٢/١٤ إلى ١٩٩٨/٣/٢١ بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا لكل برنامج .

وأثناء التطبيق تم البدء بمجموعة التحصين التدريجى من الساعة الثالثة وذلك بعد انتهاء العينة من اليوم الدراسى وتناولهم لوجبة الغذاء وأخذ قسط من الراحة ، أما مجموعة العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فكانت جلساتهم تبدأ من الساعة الرابعة .

٥- بعد أن تم تطبيق البرنامجين تم تطبيق مقياس قلق المكفوفين مرة ثانية (قياس بعدى) على المجموعات الثلاث ، وتطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية على مجموعة العلاج الانفعالى السلوكى للوقوف على مدى التغير الذى حدث لتلك الأفكار . ثم تم تصحيح الأدوات التى طبقت بعد العلاج .

٦- وبعد شهرين من تمام تنفيذ البرنامج والتطبيق البعدى تم القيام بدراسة تتبعية للتعرف على مدى استمرارية فعالية العلاج وقد تم تطبيق الأدوات السابق ذكرها مرة أخرى .

٧- وأخيراً تم تصحيح الأدوات ومعالجتها احصائيا لاختبار صحة الفروض واستخراج النتائج .

رابعا : الأساليب الاحصائية .

استخدمت الأساليب الاحصائية التالية من خلال برنامج الكمبيوتر SPSS

١- اختبار "ت" T. test

٢- اختبار ديلوكسون Wilcoxon signed Renks test

٣- تحليل التباين أحادى الاتجاه ONE way Analysis

$$\text{٤- معادلة حجم التأثير} = \frac{\text{م}_{١} - \text{م}_{٢}}{\text{ع}_{٢}}$$

واستخدمت هذه المعادلة للتعرف على أى من البرنامجين (برنامج التحصين التدريجى وبرنامج العقلانى الانفعالى السلوكى) أكثر تأثيراً من الآخر .



الفصل الثالث

النتائج والتوصيات

نتائج الدراسة

فى إطار هدف البحث الحالى من دراسة فعالية كلا من العلاج بالتحصين التدريجى والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى خفض القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ، فسوف يتناول هذا الفصل وصفاً لنتائج التحليل الإحصائى للبيانات المرتبطة بفروض البحث ، ثم اختبار صحة الفروض ، وتفسير النتائج التى تم التوصل إليها .

اختبار صحة الفرض الأول :

نص الفرض الأول على أنه :

"توجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجى قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح التطبيق البعدى "فى الوضع الأفضل" .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لدلالة الفروق بين المتوسطات .

جدول (١٢)

دلالة الفروق بين المتوسطات لمجموعة التحصين التدريجى قبل وبعد تطبيق البرنامج

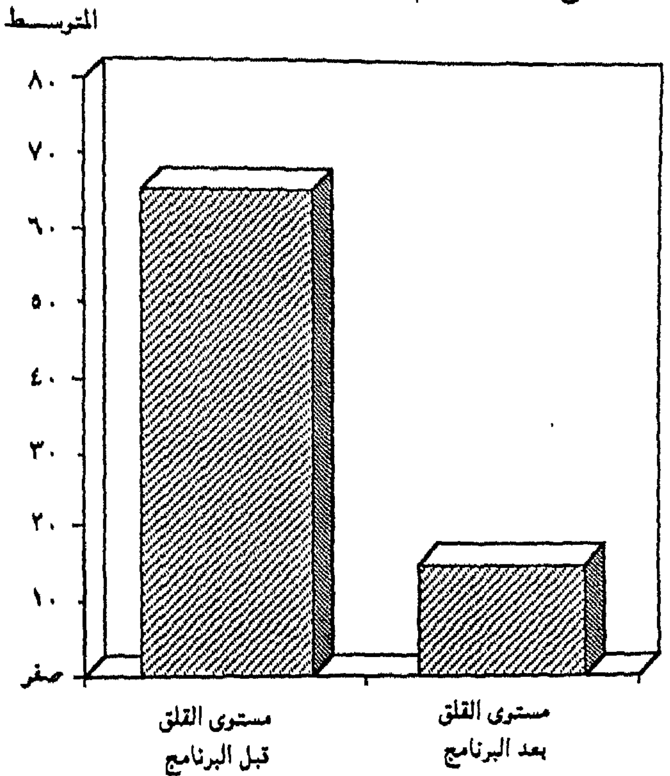
		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
قبلى / بعدى	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,١٠	٢,٢٠١	,٠٢
	الرتب الموجبة	صفر	,٠٠	,٠٠		
	التساوى	صفر				
	الإجمالى	٦				

يتضح من جدول (١٢) :

وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠٥, بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مستوى القلق قبل وبعد تطبيق برنامج التحصين التدريجى ، حيث كانت الفروق لحساب القياس البعدى .



ويتضح ذلك من الرسم البيانى التالى :



شكل (٥) رسم بيانى لمستوى القلق لدى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجى قبل وبعد تطبيق البرنامج

يتضح من الرسم البيانى أن متوسط القلق لدى أفراد مجموعة العلاج بالتحصين التدريجى انخفض بعد تطبيق البرنامج .

تفسير نتائج الفرض الأول :

تشير نتائج اختبار ويلكوكسون (جدول ١٢) والرسم البيانى لمستوى القلق لدى الأفراد قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج بالتحصين التدريجى إلى أن أولئك الأفراد انخفض مستوى القلق لديهم بعد تطبيق البرنامج مقارنة بمستوى القلق لديهم قبل تطبيق البرنامج ، مما يؤكد فعالية العلاج بالتحصين التدريجى فى خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ، وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الأول .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة ، ومنها دراسة سيسيل Cecil, E. (١٩٧١) ، ودراسة كارتر وباباس Carter, J. & Pappas, D. (١٩٧٢) ، ودراسة ديلانج Dalange, J. (١٩٧٨) ، ودراسة سلوتسكى Slutsky, J. (١٩٧٨) ، ودراسة ترور وآخرون Trower, P. et al. (١٩٧٨) ودراسة أوست وآخرين Ost, L. et al. (١٩٨١) ودراسة بوتلر وآخرين Butler, G. et al. (١٩٨٤) ، ودراسة ورثينجتون وآخرين Worthington, E. et al. (١٩٨٤) ، ودراسة ترينت Trent, R. (١٩٨٥) ، ودراسة تروسيل Trussuel (١٩٨٩) ، حيث أكدت جميع هذه الدراسات على فعالية التحصين التدريجى فى خفض القلق .

فلقد أكد عبدالستار ابراهيم (١٩٩٤ : ٤٣٠ - ٤٣١) أن التوتر العضلى الشديد عندما يكون هو التعبير المباشر عن الإنفعال يصبح التحصين التدريجى مع الإسترخاء العضلى المنظم أفضل الطرق العلاجية للتغلب على التوترات العضلية المصاحبة للقلق ، وذلك لما للاسترخاء من آثار انفعالية بشكل عام ، وخاصة عندما يستخدم مصاحباً للتحصين التدريجى للتغلب على ما تسببه المواقف الخارجية من توتـــرات وقلق .

وبناءً على ذلك تم الاعتماد على استجابات ذوى الإعاقة البصرية على مقياس القلق للمكفوفين ، حيث وجد أن البعض منهم يعانى من ارتفاع درجاته فى عامل "الأعراض الفسيولوجية للقلق ، بما تضمنه من معاناتهم من اضطرابات فى المعدة وصعوبة فى النوم وتزايد فى ضربات القلب وارتعاش فى الأيدى والشعور بآلام فى الرقبة والقلق على حالتهم الصحية بشكل عام .. ومع هؤلاء الأفراد بالتحديد استخدم

العلاج بالتحصين التدريجى مع الإسترخاء المنظم ، ومن هنا تعزى فعالية البرنامج فى خفض القلق لديهم .

ونجد أن هناك عدداً من العوامل التى أسهمت بشكل أو بآخر فى نجاح البرنامج فى خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ، ومن بين هذه العوامل ما يلى :

١- التدريب على الإسترخاء :

روعى عدداً من الإجراءات للتأكد من الوصول بأفراد العينة إلى مستوى عالى من القدرة على الإسترخاء ، ومن بين هذه الإجراءات :

- إعداد شريط كاسيت مسجل عليه بنبرة صوتية عميقة وهادئة التعليمات المبدئية للإسترخاء ، ثم الخطوات التى يجب على مستخدم الشريط أن يتبعها للقيام بعملية الاسترخاء لتدريب كل عضلة من عضلات الجسم الرئيسية ، هذا بالإضافة إلى تزويد الشريط بخلفية موسيقية تساعد المستمع على الوصول إلى حالة من الإسترخاء الهادئ وذلك لما للموسيقى من تأثير كبير على الوصول بالفرد إلى حالة من الإسترخاء العضلى العميق ، وهذا ما أوضحته دراسة بالاكانيس وآخرين Palakanis, K. and et al. (١٩٩٤) ، ودراسة كلان Chlan (١٩٩٨) ، وقد تم تسليم كل فرد من أفراد العينة نسخة من الشريط وذلك للتدريب عليه بصورة فردية فى المنزل .
- اختيار مكان مناسب لتدريب أفراد العينة على الإسترخاء ، بحيث يتوافر فيه أكبر قدر من الهدوء والبعد عن المشتتات والإزعاج ، فقد كان يتم التدريب فى أحد فصول المدرسة بعد انتهاء اليوم الدراسى .
- تم الإستعلام من الطلاب عن المناطق المصابة فى الجسم أو الأعضاء التى أجريت فيها عمليات جراحية حديثة ، وذلك لأن مثل هذه المناطق لاينبغى أن تقع تحت طائلة التوتر والشد ، إذ أن ذلك قد يؤدى إلى الشعور بالآلام أو عدم الإرتياح مما يعرض عملية الإسترخاء للفشل .
- استخدمت بعض الكلمات مثل "خذ نفسك بشكل طبيعى ، احتفظ بعضلاتك مسترخية ، بماذا تشعر الآن ، عضلاتك دافئة وثقيلة ومسترخية ... " ، وإلى غير ذلك من الكلمات المفيدة فى تعميق الإحساس بالإسترخاء .

- أعطى للعملاء شرحاً مبسطاً حول ضرورة تركيز انتباههم على الإحساس بالتحكم والشد الذى استطاعوا الوصول إليه فى السيطرة على مجموعة معينة من عضلات جسمهم ، وما يعقب ذلك من اختفاء كامل لأى تقلصات أو انقباضات لهذه العضلات ، ويجب على كل منهم ألا ييأس إذا عجز عن الوصول إلى حالة عميقة من الإسترخاء ، فالتكرار من شأنه أن يمكنهم من ضبط أجسامهم وإبقائها فى حالة استرخاء إن عاجلاً أو آجلاً ، وما يجب على كل فرد منهم من ممارسة للاسترخاء فى كل وقت وخاصة عند الإستيقاظ من النوم للحصول على الحيوية والنشاط وأثناء فترة الظهيرة للحصول على قدر من الهدوء والراحة وعند الدخول فى النوم ليلاً ، وكذا يستخدم الاسترخاء كلما دعت الحاجة لذلك وخاصة فى المواقف التى يشعر خلالها بالقلق .

٢- التدريب على التخيل :

تم تدريب أفراد مجموعة التحصين على تخيل بعض المواقف المحايدة (التى لاتثير قلق المفحوصين) وطلب منهم وصفها وصفاً دقيقاً كما لو كانوا يعايشونها بالفعل ، بما تتضمنه من حركات وأصوات وما تحويه من مشاعر وانفعالات وذلك لكى تتكون لديهم القدرة على تخيل المواقف المثيرة لقلقهم بعد ذلك ، ولكى يتم تخيل المشاهد المقدمة لأفراد العينة بشكل فعال وتؤتى ثمارها ، وقد روعى بعض الإجراءات فى تدريبهم على التخيل ، ومن بينها ما يلى :

- أن تتضمن المواقف المتخيلة كل التفصيلات الإنفعالية والبيئية التى تجعل المشهد واقعياً وواضحاً ، وذلك لجعل الموقف حيوياً ينبض بالحياة ، لذلك كان يتم تصوير الحركات والسكنات وإلى غير ذلك من التفصيلات الموقفية الدقيقة .
- لم يكن يتم تقديم المشاهد المتخيلة إلا بعد التأكد من وصول أفراد المجموعة العلاجية إلى حالة الإسترخاء العضلى التام وذلك حتى لايتسبب الإسترخاء المتراخى - غير السليم - فى حدوث رد فعل عكسى يؤدى إلى تثبيت الموقف بدلاً من إزالته .
- فى حالة عدم قدرة بعض الأفراد على تكوين صورة واضحة نقية للموقف المتخيل

كان يتم إعادة تكرار نفس الموقف مع زيادة التفاصيل الدقيقة مع تكرار بعض التفاصيل التى لم يرد ذكرها من قبل وأحياناً كان يتم تصميم المشهد بشكل جديد، وإذا وُجد أن أحد الأفراد مازال يعانى من عدم القدرة على التخيل فكان يتم إنهاء الجلسة بموقف سابق استطاع تخطيه بنجاح ثم يتم الاستعلام عن المشاكل المتصلة بذلك المشهد الذى لم يستطع تخيله ويتم مناقشته معه لتحديد موضع الصعوبة بالضبط .

- حينما يجد أحد الأفراد صعوبة فى إزالة التشريط لأحد المواقف المتخيلة عندها كان يتم تقديم المشهد له أكثر من مرة ولايتم الإنتقال إلى تخيل المشهد التالى إلا بعد التأكد من قدرته على اجتياز الموقف المتخيل بنجاح (أى أنه لم يعد يثير لديه أى قلق) .

٣- دقة بناء المدرج الهرمى للقلق :

لقد تم بناء المدرج الهرمى للقلق - الهيراركية - وفق ثلاث خطرات لضمان بناء جيد يخلو من الفجوات بين تدرج المواقف فيه ، وهذه الخطوات هى :

- الخطوة الأولى : طلب الباحث من المفحوصين أن يقوم كل فرد منهم بتحديد عدد من الموضوعات التى تثير القلق لديهم - فى ضوء ما تم إيضاحه لهم الباحث فى الجلسة الثانية حول مفهوم القلق وطبيعته - وأن يقوموا بترتيب هذه وفق درجة شدة كل منها وإثارتها للقلق لديهم .
- الخطوة الثانية : بعد أن تم تحديد الموضوع الرئيسى لقلق كل مفحوص طلب منهم تحديد المواقف التى يتضمنها ذلك الموضوع من أحداث تثير لديهم القلق على أن يتم ترتيبهم وفق شدة كل موقف منها .
- الخطوة الثالثة : تم إعداد قائمة بالمواقف التى تثير القلق لدى كل منهم وقد اشترك أربعة طلاب فى قائمة واشترك آخران فى قائمة ثانية ، وذلك بعد التأكد أن كلاً من المجموعتين تتفقان فيما بينهما فى المدرج الموضوع لهما ، وللتأكد من ذلك تم عرض القائمة الخاصة بكل مجموعة على كل فرد منهم حتى تكون جاهزة للتطبيق .

هكذا يتضح أنه :

بناءً على الإجراءات التى اتبعت فى اختيار المجموعة العلاجية ، وتدريبها على الإسترخاء والتدريب على التخيل ، وبناء المدرج الهرمى الجيد للقلق ، وتبعاً للفترة التى استغرقها تطبيق البرنامج ، ساعد كل ذلك على انخفاض فى متوسط درجات أفراد هذه المجموعة العلاجية فى مستوى القلق .

اختبار صحة الفرض الثانى :

نص الفرض الثانى على أنه :

"توجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح التطبيق البعدى "فى الوضع الأفضل"

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لدلالة الفروق بين المتوسطات .

جدول (١٣)

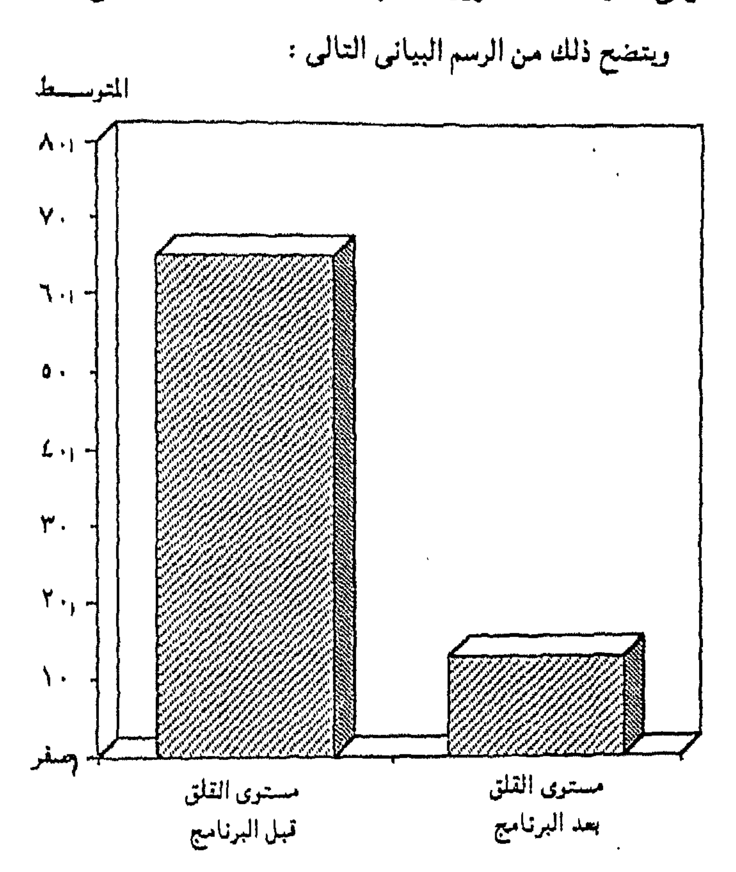
دلالة الفروق بين المتوسطات لمجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى قبل وبعد تطبيق البرنامج

		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
قبلى / بعدى	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,١٠	٢,٢٠١	,٠٢
	الرتب الموجبة	صفر	,٠٠	,٠٠		
	التساوى	صفر				
	الإجمالى	٦				

يتضح من جدول (١٣) :

وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠٥, بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مستوى القلق قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ، حيث كانت الفروق لحساب القياس البعدى (فى الوضع الأفضل) .

ويتضح ذلك من الرسم البيانى التالى :



شكل (٦) رسم بيانى لمستوى القلق لدى مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى قبل وبعد تطبيق البرنامج

وهكذا يتضح من الرسم البيانى أن متوسط القلق لدى أفراد مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى انخفض بعد تطبيق البرنامج .

تفسير نتائج الفرض الثاني :

تشير نتائج اختبار ويلكوكسون (جدول ١٣) والرسم البياني لمستوى القلق ، إلى أن ذوى الإعاقة البصرية في مجموعة العلاج العقلاني الإنفعالي انخفض مستوى القلق لديهم بعد تطبيق البرنامج مقارنة بمستوى القلق لديهم قبل تطبيق البرنامج ، مما يؤكد فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لديهم ، وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الثاني .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي تم عرضها ، ومنها دراسة تريكسلر .Trexler, L (١٩٧١) والتي أكدت نتائجها على فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض القلق اللفظي والعام ، كما أدى إلى خفض الأفكار اللاعقلانية . وأشارت نتائج تلك الدراسة إلى أن العلاج العقلاني الإنفعالي يعد نموذجاً جيداً للعلاج النفسي المختصر في علاج المشكلات الإنفعالية وتغيير وتحسين أسلوب حياة العميل .

فالعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي كما يرى إليس .Ellis, A (١٩٧٦ب : ١٧٢) هو في الأساس امتداد للطريقة العلمية للشئون الإنسانية ، فالناس - ولأسباب حيوية وبيئية - يميلون إلى التفكير بشكل خيالي وغير واقعي وغير علمي في أنفسهم والعالم من حولهم ، وفي العلوم يتعلم الناس أن يضعوا افتراضات بشأن الواقع الخارجي ليناقشوا بعد ذلك هذه الإفتراضات ويتحدوها بقوة وأن يبحثوا عن دليل تجريبي يؤيدها أو يعارضها قبل أن تقبل كحقائق ، كذلك الحال في العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي ، يعلم المعالج عملاؤه أن يناقشوا عملياً وأن يعارضوا افتراضاتهم المتخاذلة عن أنفسهم وعن الآخرين .

كما أشارت نتائج الدراسة التي قام بها ماكسويل وويلكرسون Maxwell, J. & Wiclterson, J. (١٩٨٢) إلى فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض مستوى القلق وما يصاحبه من إحباط ومشاعر ذنب وتوقع الشر والتوتر والعصابية ، كما أنه يؤدي إلى زيادة الهدوء والتروي والثقة بالنفس مما يؤدي إلى زيادة الإتزان الإنفعالي والقدرة على مواجهة وتحمل الإحباط وزيادة القدرة على مواجهة مشكلات الحياة اليومية .

وأكدت نتائج الدراسة التى قام بها وارين وآخرون .Warren, R. et al (١٩٨٤) ، ودراسة نيلسون .Nelson, E (١٩٩٤) على فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض القلق الإجتماعى والخوف من التقييم السلبى بشكل ملحوظ ، كما أنه يؤدى إلى انخفاض سمة القلق العالية .

وأيضاً اتفقت دراسة كل من جارمون .Jarmon, P (١٩٧٣) وهولتز ورينولدز .Holtz, J. & Reynolds, G (١٩٩١) وميرسك وآخرون .Mersch, P. & et al (١٩٩١) وآندروز .Andrews, G (١٩٩٠) على فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض القلق اللفظى والاجتماعى .

ولقد أكد ستراتمير .Straatmeyer, A (١٩٧٤) فى دراسته على أن العلاج العقلانى الإنفعالى له قدرة كبيرة على خفض القلق من خلال دحض الأفكار اللاعقلانية ، وتتفق تلك النتيجة مع ما ذكره إليس .Ellis, A على أن الناس يجعلون أنفسهم أقل سعادة وكفاءة باعتقاداتهم الخاطئة ، والعلاج العقلانى الإنفعالى يمكن أن يساعد هؤلاء الناس على تحقيق كفاءة الذات والإبتكارية ، ويجعلوا الحياة أكثر توافقاً ورضا وذلك من خلال تعلمهم كيف ينظمون ويرتبون أفكارهم بطريقة منطقية .

وفى ضوء تلك النظرة تعزى نتيجة الفرض الثانى إلى أن برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى استطاع دحض الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية ، تلك الأفكار التى تتسم بعدم موضوعيتها المبنية على التوقعات السلبية السيئة وعلى المبالغة والتعميم والثنائية والتطرف وأخطاء الحكم والإستنتاج ، والتى لاتتفق والإمكانات الفعلية للفرد ذى الإعاقة البصرية ، والتى كانت تشكل جزءاً كبيراً من فلسفاتهم الحياتية وتحكم الكثير من تصرفاتهم إزاء المواقف المختلفة ، وقد تم ذلك من خلال الهجوم المنظم على تلك الأفكار اللاعقلانية باستخدام أساليب الإقناع والدحض والتشجيع وغيرها من الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية المتنوعة ، وهذا ما كشفت عنه نتائج تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية ، حيث كانت معدلات درجات الطلاب على المقياس مرتفعة قبل تطبيق البرنامج وذلك بمقارنتها بدرجاتهم بعد تطبيق البرنامج ، حيث أدى البرنامج إلى خفض تلك الأفكار وتعديلها بشكل ملحوظ . وهذا ما يوضحه نتائج الجدول التالى :

جدول (١٤)

دلالة الفروق بين المتوسطات لمجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى الأفكار اللاعقلانية قبل وبعد تطبيق البرنامج

		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
قبلى / بعدى	الرتب السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,١٠		
	الرتب الموجبة	صفر	,٠٠	,٠٠	٢,٢٠١	,٠٢
	التساوى	صفر				
	الإجمالى	٦				

يتضح من جدول (١٤) :

وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى الأفكار اللاعقلانية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ، حيث كانت الفروق لحساب القياس البعدى (فى الوضع الأفضل)

ويعزى ذلك إلى فعالية البرنامج فى دحض تلك الأفكار اللاعقلانية التى كان يتمسك بها ذوو الإعاقة البصرية ويؤمنون بها ويؤيدونها إلى حد كبير ، والتى من بينها فكرة "أنه ينبغى على الكفيف إخفاء إعاقته حتى لايكون مدعاة لسخرية واستهزاء الآخرين" .. واعتقادهم "بضرورة الابتعاد عن الناس حتى يسلم الفرد المعاق بصرياً من مراقبتهم ونقدهم له" أو "أنه مصدر عبء وضيق لكل من حوله" ، أو "أنه ينبغى أن يعتمد على الآخرين ويعمل على إضائهم حتى لايفقد مساندتهم له" .. وإلى غير ذلك من الأفكار والمعتقدات التى تم تفنيدها خلال الجلسات العلاجية ، حيث كان الباحث يقوم خلال كل جلسة بعرض أحد الأفكار اللاعقلانية بشكل موجز ثم يفتح باب الحوار مع أعضاء الجماعة العلاجية ليوضح كل منهم السبب أو الأسباب التى تدعوه إلى التمسك بتلك الفكرة أو الاعتقاد بها ، ثم تقديم عرض مبسط حول تلك

الفكرة وكيف بدأت هذه الفكرة فى أذهانهم لتصبح اعتقاداً راسخاً يؤمنون به ويستدمجوه ضمن فلسفتهم الحياتية .

وأيضا تم توضيح خطورة الاستمرار فى التمسك بهذه الأفكار والدور الذى يقع عليهم فى مواجهة هذه الأفكار بقوة وفعالية ، وكيف أن التراخى فى مناقشتها ومواجهتها سيؤدى بهم إلى تغيير مؤقت أو ضعيف ، وكذا الدور الذى تلعبه "الوجوبيات والينبغيات" فى تأكيد كل فكرة وفى تفاقم قلقهم وكيف يمكنهم اكتشافها ومحاصرتها بأنفسهم ، والدور الذى يجب عليهم فى تبنى أفكار جديدة أكثر عقلانية وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية .

ونرى أن للاستراتيجيات المستخدمة جدواها بشكل أو بآخر فى خفض مستوى القلق وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية من المراهقين ، ومن بين هذه الاستراتيجيات ما يلى :

أولا : استخدام الواجبات المنزلية

فالواجبات المنزلية كما يرى سامى هاشم (١٩٩٧ : ٦٣) تعد وسيلة مساعدة للعلاج ، حيث أنه خلال عملية العلاج يجب التأكيد على أن العملاء يجب أن يتعلموا بعض المهارات والطرق الجديدة لمواجهة المواقف المثيرة للقلق ويجب تطبيق هذه الطرق والمهارات خارج الجماعة العلاجية حتى يتم التأكد من مدى فعالية هذه الأساليب .

واستخدمت الواجبات المنزلية مع أعضاء الجماعة العلاجية لتوفر لهم خط الدفاع الثانى ضد معتقداتهم اللاعقلانية ، ومن بين هذه الواجبات المنزلية التى كان يتم تكليفهم بها :

أ - دراسة مجموعة من النشرات الإرشادية والى تتعلق بموضوع الجلسة وتحتوى على بعض المعلومات حول الفكرة التى تم مناقشتها داخل الجلسة وكيفية مواجهتها .

ب- قائمة لتسجيل الأفكار اللاعقلانية التى قد تراودهم بين الحين والآخر ، وتدريبهم على كيفية تحديد الحدث والإنفعال والسلوك ، ثم تدوين الأفكار المناقضة لتلك الأفكار والأثر الوجدانى والسلوكى الذى يتبع ذلك .

جـ- قائمة لمواجهة الحديث الذاتى ، ويتم من خلالها تدريبهم على الأحاديث الذاتية التى تراودهم وتلح عليهم عند مواجهة موقف ما ، وما يمكن أن يقوله الفرد منهم لنفسه بعقلانية لمواجهة ذلك الحديث الداخلى المثبط للذات .

د- طلب من أفراد العينة أن يوظف كل فرد منهم أفكاره العقلانية الجديدة التى تعلمها داخل الجلسات ليستخدمها فى مواقف الحياة الفعلية وذلك من خلال تكليفهم ببعض الواجبات المنزلية التى تتضمن أنشطة عقلية وانفعالية وسلوكية ثم تحديدها لهم خلال كل جلسة ومراجعتها معهم فى الجلسة التى تليها .

ثانيا : العلاج الجمعى

لقد أكدت العديد من الدراسات على فعالية الإرشاد الجمعى عند استخدامه فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ، ومن بين هذه الدراسات دراسة تريكسلر Trexler, L. (١٩٧١) ودراسة جارمون Jarmon, B. (١٩٧٣) ودراسة سترايتمر Straatmeyer, A. (١٩٧٤) ودراسة ماكسويل ووسيلكرسون Maxwell, J. & Wickerson, J. (١٩٨٢) ودراسة هاينز وآخرون Haynes, C. & et al. (١٩٨٣) ودراسة شيلفر وهوتش Schelver, S. & Gutsch, K. (١٩٨٣) ودراسة وارين وآخرون Warren, R. et al. (١٩٨٤) ودراسة بيرسونز وبيرنز Persons, J. & Burns, D. (١٩٨٦) ودراسة نيلسون Nelson, E. (١٩٩٤) ، ودراسة كوان وبرونيرو Cowan, D. & Brunero, S. (١٩٩٧) .

إذ أن العلاج الجمعى يساعد العملاء على التحسن بصورة أسرع وأفضل من العلاج الفردى حيث توفر الجماعة العلاجية فرصة لتبادل العلاقات البينشخصية ، بمعنى أنه يجعل المفحوصين يمعنون النظر فى نتائج وعواقب تفاعلهم مع بقية أعضاء الجماعة ، فالفرد يستفيد من الخبرة التى يقدمها غيره من باقى أعضاء الجماعة حين يطرحها عليهم ويتناولها المعالج والأعضاء بالشرح والمناقشة والتفنيد فتصبح خبرة يستدمجها الفرد ضمن معلوماته وخبراته الحياتية حتى يستفيد منها وقت التعرض لمثل هذه الخبرة فى المستقبل .. فبعض الأفكار اللاعقلانية التى كانت تُعرض خلال الجلسات العلاجية لم يكن بالضرورة يؤمن بها كل أعضاء المجموعة ، فمن يعتقد منهم

فى فكرة ما قد لايعتقد فى فكرة أخرى ، غير أن حضورهم مع باقى الأفراد واشتراكهم فى المناقشة كان يفيدهم فى ناحيتين : الناحية الأولى : أنهم كانوا بمثابة عامل مساعد للمعالج فى عملية العلاج خلال مناقشته لزملائهم ممن كانوا يتمسكون بالفكرة اللاعقلانية التى تعرض خلال الجلسة ، أما الناحية الثانية من وجه الاستفادة : أن مناقشة هذه الأفكار كان بمثابة حائط لدرء وقوعهم فى براثن تلك الأفكار مستقبلاً.. وهذا ما قد أشار إليه وليم فريدمان (١٩٩٧ : ٩٧ - ٩٨) بقوله : "أن العلاج الجمعى يوفر ما يعرف بالتعلم بالعبرة Vicarious Learning والتى تعنى إحساس العميل بقيمة شئ ما بالنسبة له من خلال مشاهدة بقية الأعضاء بما فى ذلك المعالج"، ويتم التعلم بالعبرة عندما يعرض الفرد نفسه مع خبرات أعضاء الجماعة أو عندما يرى سلوكاً نموذجياً لأحد الأعضاء (فى العادة المعالج) ويود مجاراته .

هذا إلى جانب أن العلاج الجمعى يوفر فرصة كبيرة للتنفيس الإنفعالى لأعضاء الجماعة فعندما يستمع الآخرون لزميل لهم يتحدث بثقة عن خبرته الذاتية دون خجل أو خوف فيساعدهم ذلك على التصرف بتلقائية والتحدث فى موضوعات كانوا يخجلون عند التحدث عنها ، وعلى الرغم من صعوبة إقناع أفراد العينة بالبوح الذاتى Self-Disciosure ، إلا أن ذلك كان يتم عن طريقين :

الطريق الأول .. كان يتم البوح عن بعض الخبرات الذاتية وذلك لكى يطمئنوا ويدركوا أنه ليس هناك ثمة ما يخشونه من التعبير عن مشاكلهم وانفعالاتهم الداخلية وأنه ليس هناك إنسان يدان بسبب أى شئ مهما كانت تصرفاته مذمومة ، ذلك لأن أفعال الناس يمكن أن تكون قابلة للقياس .

والطريق الثانى .. كان يتضمن دعوة أعضاء الجماعة إلى ممارسة البوح الذاتى من خلال تحدث كل منهم عن خبرته الذاتية ، وأن يعبروا عن أنفسهم بشكل مفتوح وأن يخرجوا مشاعرهم مهما كانت مؤلمة فى البداية وذلك من خلال الشعار الذى يرفعه العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى "من أنه ليس هناك شيئًا يخجل الفرد من الحديث عنه بصراحة" .

وإلى جانب المزايا السابقة للعلاج الجمعى فقد وفر استخدام هذه الإستراتيجية أيضاً فرصة للتعامل مع بعض مشكلات بعض الأعضاء وخاصة تلك التى تتعلق بنقص المهارات الإجتماعية وصعوبة التعامل مع الآخرين ، حيث كانت هناك فرصة للتدريب

على سـلوكيات جـديدة وطرق للإرتباط بالناس من خلال الجماعة .. مما كان له قيمة كبيرة فى خفض الأفكار اللاعقلانية ، ومن ثم انخفاض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية تبعاً لذلك .

ثالثا : التدريب على إعادة الحوار المنطقى مع الذات

استخدم أسلوب إعادة الحوار الذاتى كأحد الاستراتيجيات المدعمة لفعالية العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ، فبما أن التفكير يؤثر فى سلوك الفرد ، لذلك ينبغى أن نضع فى اعتبارنا أن الكثير من سلوكنا آلى وتلقـائى أو أنه نتيجة للعـادة وأننا نفـكر دائماً قبل أن نعمل ، ولكن إذا أردنا أن نغير السلوك فإنه يجب أن نفكر وأن نعمل ، مثل هذا التفكير (ويقصد به الكلام الداخلى أو الذاتى) يقلل من آلية النشاط السلوكى غير المتوافق ويزودنا بأساس لتقديم سلوك جديد متوافق ، فالحوار الداخلى فيما أورده باترسون (١٩٩٠ : ١٢١ - ١٢٢) يؤدى إلى ثلاث وظائف هى :

أ - **التعليمات الشخصية المتبادلة :** فالتعليمات الذاتية مشتقة من تعليمات الكبار التى يتخيلها الطفل ويستخدمها فى ضبط سلوكه ، وفيما بعد تتحول هذه التعليمات إلى تعليمات داخلية ضمنية صريحة يقولها الشخص لنفسه فتكسبه القدرة على ضبط سلوكه الشخصى .

ب- **نوع الاستجابة للضغط النفسى :** فالكيفية التى يستجيب بها الفرد للضغط النفسى تتأثر بالكيفية التى يقيّم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة .

- إذ ترتبط الدرجة العليا من القلق بتركيز الشخص على الذات وعدم كفاءتها وبالأفكار المحقرة لها أو التى تنقص من قيمتها أو أهميتها .
- كما ترتبط الدرجة المنخفضة من القلق بالتركيز على الموقف الخارجى ، مع درجة عالية من القدرة على المواجهة .

جـ- **تأثيرها على النواحى الفسيولوجية :** إذ توجد علاقة بين التلقينات أو التعليمات الموجهة للذات وبين الحالة المزاجية .. فأفكار الفرد ومعارفه مرتبطة باضطراباته النفسجسمية (السيكوسوماتية) .

وفى إطار ما أورده باترسون عن وظائف الحوار الداخلى والدور الذى تلعبه فى

إثارة القلق ، فقد أمكن التعامل مع قلق ذوى الإعاقة البصرية من منطلق ما يقوموا به من استدخال لما يقوله الآخرون المحيطين بهم من كلمات تشير إلى عجزهم وما يقوموا به - ذوى الإعاقة البصرية - من تحويل هذه لعبارات ضمنية يرددونها لأنفسهم والتركيز على مواطن عدم القدرة وعدم الكفاءة لديهم هذا إلى جانب الأفكار المحقرة للذات ، فكما تحدثنا فى موضع سابق من أن الفرد ذى الإعاقة البصرية قد يسبب الاضطراب لنفسه من جراء تبنيه بعض المعتقدات والأفكار اللاعقلانية حين يضخم الأمور ويهول من الأحداث التى تجرى حوله من خلال الأحاديث الإنهزامية والمثبطة للذات التى يرددها لنفسه . لهذا فمن أحد فنيات العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى تعديل تلك الأحاديث التى تراود الفرد من حين إلى آخر وتسبب له القلق واستبدالها بأحاديث وأفكار أخرى أكثر معقولية وإيجابية لما قد يتبع ذلك من اضطرابات فسيولوجية تعبر عن حالة القلق التى تنتابهم . ولذلك تحدد لأفراد العينة العلاجية ثلاث خطوات لتعلم وقف الأفكار أو الأحاديث الذاتية اللاعقلانية وهى :

أولا : عندما تتعرض لموقف تشعر فيه بالقلق فعليك أن تقول لنفسك "قف ، اهدأ ، لاداعى للقلق " .

ثانيا : حاول أن تحدد بوضوح الجمل والكلمات التى تقولها لنفسك فى ذلك الموقف لأنها هى التى تسبب لك القلق .

ثالثا : ابدأ بعد ذلك فى مناقضة هذا الحوار الذاتى المثبط وذلك بإعادة الحوار المنطقى مع النفس .

اختبار صحة الفرض الثالث :

نص الفرض الثالث على أنه :

"لاتوجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية باختلاف نوع البرنامج (العلاج بالتحصين التدريجى ، والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى) بعد تطبيق كلا البرنامجين ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين أحادى الإتجاه .

جدول (١٥)

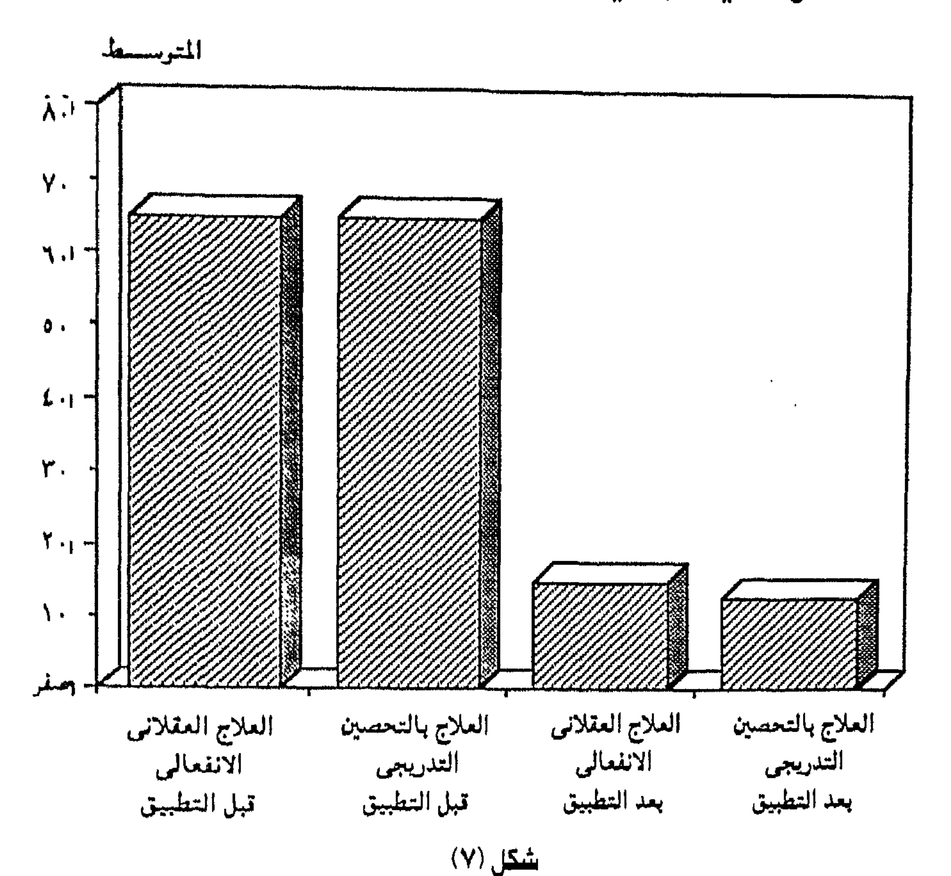
نتائج F-Test الخاصة بالفروق بين أفراد مجموعة علاج التحصين التدريجى ومجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى فى القياس البعدى للقلق .

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١	,٠٨٣	,٨٣	٠,٠٠٢	٠,٩٦١
داخل المجموعات	١٠	٣٣٤,١٦	٣٣,٤٢		

يتضح من جدول (١٥) :

عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات أفراد مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى وأفراد مجموعة التحصين التدريجى فى مستوى القلق بعد تطبيق البرنامجين .

ويتضح ذلك من الرسم البيانى التالى :



شكل (٧)

رسم بيانى لمستوى القلق لمجموعة العلاج بالتحصين التدريجي
والعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي قبل وبعد البرنامج

يتضح من الرسم البيانى أن مستوى القلق لدى مجموعتى العلاج متساوى قبل تطبيق البرنامجين وأنه متقارب لحد كبير بعد تطبيق البرنامجين .

وللتعرف على تأثير كل من برنامج التحصين التدريجى والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية تم تطبيق معادلة حجم التأثير ، واتضح من خلاله أن العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى أكثر تأثيراً من برنامج التحصين التدريجى فى خفض القلق .

تفسير نتائج الفرض الثالث :

تشير نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه (جدول ١٥ أنه لاتوجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى وأفراد مجموعة التحصين التدريجي فى مستوى القلق بعد تطبيق البرنامجين .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التى تم عرضها ، ومنها دراسة كانتر وجولدفرايد Kanter, N. & Goldfried, M. (١٩٧٩) ودراسة مورس وآخرين Morse, R. & et al. (١٩٨٠) ودراسة روجرز Rogers, G. (١٩٨١) ودراسة كوهين Cohen, M. C. (١٩٨٣) ودراسة ميلانسون Malanson, D. (١٩٨٦) ودراسة بوركوفيث وماتيوس Borkovec, T. & Mathews, A. (١٩٨٨) ودراسة كيسليكا وآخرين Kiselica, M. & et al. (١٩٩٤) ، والتى اتفقت جميعها على أن العلاج بالتحصين التدريجي والعلاج العقلانى الإنفعالى لهما نفس الفعالية فى خفض القلق .

وتعزى هذه النتيجة إلى ما يلى :

أولا : إلى الطريقة التى تم فى ضوئها اختيار كل من مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ومجموعة العلاج بالتحصين التدريجي ، فكما سبق الذكر - فى إجراءات اختيار العينة العلاجية - بأنه قد تم تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى ذوى الإعاقة البصرية على عينات البحث وذلك لتحديد أى من هؤلاء الأفراد أكثر تمسكاً بالأفكار اللاعقلانية من الآخرين ، وبناءً عليه فقد تم اختيار المجموعة التى قدم لها العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى .

أما أفراد مجموعة التحصين التدريجي فقد تم اختيارهم طبقاً لارتفاع درجاتهم على مقياس القلق للمكفوفين فى "بعد الأعراض الفسيولوجية للقلق" - كما سبق الذكر - ومن هنا أظهرت نتيجة الفرض عدم وجود فروق بين فعالية كل من العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى والعلاج بالتحصين التدريجي فى خفض القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية ، إذ يبدو أن الدقة فى اختيار العينة العلاجية وفقاً لمصدر القلق سواء أكان معرفياً أو سلوكياً قد لعب دوراً كبيراً فى الحصول على نتائج مرضية .

ثانيا : كما تعزى هذه النتيجة إلى الدقة أيضاً في الإجراءات التي تم بها تنفيذ كل من برنامج العلاج العقلاني الإنفعالي وبرنامج التحصين التدريجي وتنوع الفنيات المستخدمة في كل منهما .

ثالثا : من الأسباب التي تقف وراء عدم وجود فروق كبيرة بين كلاً من العلاج بالتحصين التدريجي والعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي أن كليهما قد أثبت من قبل - في الدراسات السابقة - فعالية كبيرة عند استخدامه في خفض القلق ، فالتحصين التدريجي واحداً من أهم العلاجات السلوكية في التعامل مع القلق وخفضه إذا تم تنفيذ الإجراءات المتبعة فيه بدقة ، كذلك الحال بالنسبة للعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي يعتبر أيضاً من أبرز العلاجات المعرفية في خفض القلق ، وقد سبق أن أوضح الباحث ذلك عند عرض الإطار النظري الخاص بكل من التحصين التدريجي والعلاج العقلاني الإنفعالي .

ولكن بعد التعرف على حجم وتأثير كلا البرنامجين في خفض القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية اتضح أن العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي له تأثير أفضل - وإن كان ليس كبيراً - من التحصين التدريجي في خفض القلق .

ويرجع هذا التأثير إلى أن العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي ذو توجه ثلاثي الأبعاد (معرفي - وجداني - سلوكي) وأن المواقف التي يتعرض لها أي فرد غالباً ما تكون لها ثلاث مكونات هي "المعرفة والتقييم والتصرف" والتغيير في واحد منها قد يسبب تغيراً في المكونين الآخرين ، ونظرية العلاج العقلاني الإنفعالي تستغل هذا المبدأ بتقديم الحجج ضد المعتقدات اللاعقلانية وتواجهها بصرامة من خلال البعد المعرفي سواء أكان ذلك أثناء الجلسات العلاجية أو من خلال الواجبات المنزلية التي يكلف بها الفرد - والتي غالباً ما تتطلب من الفرد أن يقوم بشئ لايتفق مع معتقداته- وبذلك يحدث التغيير المطلوب في المكونين الوجداني والسلوكي ، فعندما يتغير البناء الأساسي لمعتقدات الفرد يتبع ذلك أيضاً تغيير في بنائه الوجداني وأسلوبه في التوافق الفعال .

فالعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي يوظف في الأساس تناولاً عقلانياً وانفعالياً وسلوكياً نشيطاً جداً ، فهو مبني على افتراض أن ما نسميه "بردود فعلنا الإنفعالية" تحدث أساساً بسبب تقيماتنا وتفسيراتنا وفلسفتنا الواعية وغير الواعية ،

ولذلك نشعر بالقلق لأننا نقنع أنفسنا بقوة أنها ليس فقط غير محظوظة أو غير مناسبة بل أنها بشعة ومأساوية عندما نفشل فى مهمة كبيرة أو نتعرض للرفض من شخص هام فى حياتنا ، لذلك فالعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فيما يذكر نينان ودرايدن Nennan, M. & Dryden, W. (١٩٩٦ : ٢١٩) ليس هدفه مجرد إزالة أعراض العملاء ولكنه يحدث أيضاً تغييراً عميقاً فى فلسفاتهم الأساسية فى الحياة ، ففى عملية العلاج يتعلم العملاء ليس فقط كيف يشعرون أفضل من خلال تخفيف الحالات الإنفعالية المضطربة (مثل القلق ، والإكتئاب ..) ولكنه يوضح أيضاً كيف يتحسنون بالتعرف على وإزالة الإعتقادات الجوهرية المحدثة للاضطراب والشعور بشكل أفضل يحدث غالباً حلاً مخففاً وقصير المدى لمشاكل العميل فى حين أن التحسن يحدث غالباً حلاً فلسفياً ودائماً .

اختبار صحة الفرض الرابع :

نص الفرض الرابع على أنه :

"توجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية بين أفراد المجموعتين التجريبيتين وأفراد المجموعة الضابطة بعد البرنامج (القياس البعدى) لصالح أفراد المجموعتين التجريبيتين (فى الوضع الأفضل) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين أحادى الإتجاه .

جدول (١٦)

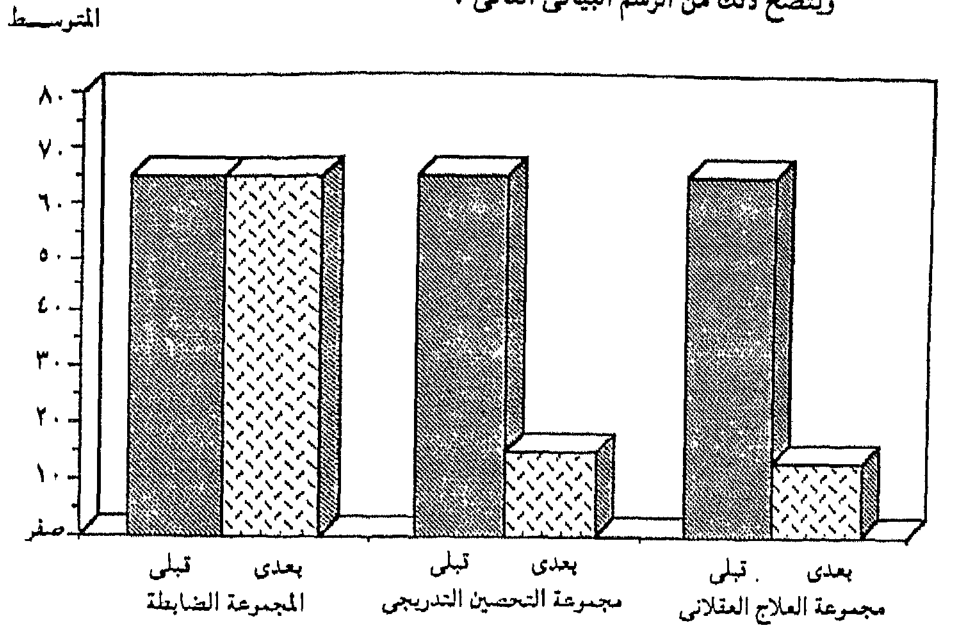
نتائج F-Test الخاصة بالفروق بين أفراد المجموعتين التجريبيتين وأفراد امجموعة الضابطة فى القياس البعدى

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٢	١٠٢٦٩,٧٨	٥١٣٤,٨٩	٢٢١,٤٣	٠,٠٠١
داخل المجموعات	١٥	٣٤٧,٨٣	٢٣,١٩		

يتضح من جدول (١٦) :

وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ فى مستوى القلق بين أفراد المجموعتين التجريبيتين وأفراد المجموعة الضابطة بعد البرنامج (القياسى البعدى) لصالح أفراد المجموعتين التجريبيتين .

ويتضح ذلك من الرسم البيانى التالى :



شكل (٨)

رسم بيانى لمستوى القلق للمجموعات الثلاثة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجيه

يتضح من الرسم البيانى أن مستوى القلق لدى المجموعة الضابطة ظل ثابتاً دون تغير ولكنه انخفض فى حالة مجموعتى التحصين والعلاج العقلانى الإنفعالى إنخفاضاً كبيراً .

تفسير نتائج الفرض الرابع :

تشير نتائج تحليل التباين (جدول ١٦) والرسم البيانى لمستوى القلق لدى أفراد العينات الثلاث إلى وجود فروق فى مستوى القلق بين أفراد المجموعتين التجريبيتين وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامجين ، حيث كان أفراد المجموعتين التجريبيتين فى الوضع الأفضل .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التى تم عرضها ومنها دراسة جرمر Germer, W. (١٩٧٥) ودراسة كانتر وجولدفرايد Kanter, N. & Goldfried, M. (١٩٧٩) ودراسة مورس وآخرين Morse, R. & et al. (١٩٨٠) ودراسة روجرز Rogers, G. (١٩٨١) ودراسة كوهين Cohen, M. C. (١٩٨٣) ودراسة ميلانسون Malanson, D. (١٩٨٦) ودراسة بوركوفيث وماتيوس Borkovec, T. & Mathews, A. (١٩٨٨) ودراسة كيسليكا وآخرين Kiselica, M. & et al. (١٩٩٤) ، فلقد أكدت تلك الدراسات على أن مستوى القلق لدى المجموعة الضابطة ظل ثابتاً ولم يحدث له أى تغيير مقارنة بالمجموعات التجريبية التى طبقت عليها برامج علاجية .

وتعزى تلك النتيجة إلى أن أفراد المجموعة الضابطة - التى لم تتلق أى برنامج - عادة ما يتجنبون المواقف التى تثير لديهم مشاعر القلق ، غير أن تجنب تلك المواقف يضيق تدريجياً من فرصتهم فى البحث النشط عن حلول إيجابية وفعالة لمواجهة هذه المواقف ، فيؤدى ذلك السلوك التجنبى - الهروبى - بهم فى النهاية إلى نتيجة معاكسة تماماً مما يزيد من قلقهم واضطرابهم الإنفعالى ، حيث يظل ذوو الإعاقة البصرية الذين لديهم مستوى مرتفع من القلق يتعرضون لنفس الخبرات والمواقف التى تثير لديهم مشاعر التوتر دون قيامهم بأى مواجهة تمكنهم من السيطرة على قلقهم وتوترهم .

أما ذوو الإعاقة البصرية الذين تعرضوا للعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فقد استطاعوا من خلال البرنامج المقدم لهم التغلب على قلقهم بمواجهتهم لتلك الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التى كانوا يتمسكون بها وذلك من خلال ثلاث طرق رئيسية :

أولا : الطرق المعرفية

حيث استخدم مجموعة كبيرة من الأساليب العلاجية المعرفية والتى تشتمل على التحليل الفلسفى للأفكار اللاعقلانية وتفنيد الإستنتاجات غير المنطقية ووقف الأفكار والإيحاءات وتوضيح العلاقة بين (A B C D E) ، فلقد أدرك ذوو الإعاقة البصرية من خلال ذلك النموذج أن النتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة التى تسبقها (A) وإنما هى نتيجة التفكير (B) فاستطاعوا عند النقطة (D) تفنيد الأفكار غير المنطقية فتحقق لهم الأثر المعرفى (E) والأثر السلوكى (BE) .

ثانيا : الإطلاق (التحرير) الإنفعالى

من خلال الأساليب والطرق الإنفعالية تم إقناع أفراد المجموعة العلاجية أن يعبروا عن أنفسهم بشكل كبير وأن يخرجوا مشاعرهم الحقيقية ، وأن يكشف لهم عن دفاعاتهم من تبرير وإسقاط وإنكار ومشاعر الذنب والخزى والدونية والنقص ، والتى تسيطر عليهم ، ومهاجمتها وأنهم يستطيعوا أن يعيشوا بدون هذه الدفاعات الهازمة للذات وأن يقبلوا أنفسهم دون قيد أو شرط ، وسواء أكانوا متقبولين من الآخرين أم لا .

ثالثا : التقنيات السلوكية

بالإضافة إلى الطرق العقلانية والإنفعالية ، فإن للعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فنيات سلوكية هامة يستخدمها بشكل مستمر ، وكانت الواجبات المنزلية من بين تلك الفنيات التى استخدمت والتى كانت تحدد لهم خلال الجلسات ثم تتم مراجعتها فى الجلسات التالية وذلك بهدف مساعدة أفراد العينة على الحصول على خبرات جديدة ومقاطعة عاداتهم المختلة وتغيير فلسفاتهم فيما يتعلق بنشاطات معينة

ونتيجة للاعتماد على تلك الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية أثناء الجلسات العلاجية استطاع ذوو الإعاقة البصرية أن يتغلبوا على قلقهم وأفكارهم اللاعقلانية وذلك بتبنى فلسفة جديدة للحياة .

كذلك الحال بالنسبة لذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة التحصين التدريجى

استطاعوا أيضاً من خلال البرنامج السلوكى المقدم لهم أن يتغلبوا على قلقهم ، وذلك من خلال تدريبهم على الإسترخاء العضلى العميق ، وأثناء ذلك كان يتم حصر المثيرات الباعثة على القلق ووضعها فى مدرجات هرمية بعد أن كان يتم تصنيفها ، وبعد أن تم تحديد الموضوع الرئيسى للقلق تم ترتيب المواقف المثيرة للقلق طبقاً لقدرتها على بعث القلق ، تلى ذلك إجراء عملية التحصين وذلك بأن تم تعريضهم لهذه المثيرات والمواقف بدءاً بأقل المواقف استثارة واستدعاءً للقلق أثناء استرخائهم ، وبعد تكرار الموقف المثير للقلق فى سياق ارتباطه بالاسترخاء كان يتم تقديم المثير التالى فى المدرج الهرمى بنفس الطريقة التى تم عن طريقها تقديم المثير السابق ، وهكذا يتم تكرار تلك العملية إلى أن حدث الإرتباط بين كل بنود المدرج الهرمى للمثيرات والإسترخاء العضلى ، وبهذه الطريقة تكون الإستجابة المتعارضة مع القلق والاسترخاء فى حالة الازدواج المنتظم مع المثيرات الباعثة على القلق وبالتالى يتم إلغاء ارتباطهما شرطياً .

وهكذا استطاعت مجموعة التحصين التدريجى أيضاً تجاوز قلقها من خلال تلك الخطوات السابقة وإزالة حساسية أفرادها تجاه المواقف المثيرة لقلقهم .

ومن ثم : كانت الفروق كبيرة بين أفراد كلتا المجموعتين التجريبيتين وأفراد المجموعة الضابطة ، حيث انخفض مستوى القلق بصورة واضحة لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين .

اختبار صحة الفرض الخامس :

نص الفرض الخامس على أنه :

"لاتوجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجى بين القياس البعدى (بعد انتهاء البرنامج مباشرة) ، والقياس التتبعى (بعد مرور شهر ونصف) من انتهاء البرنامج"

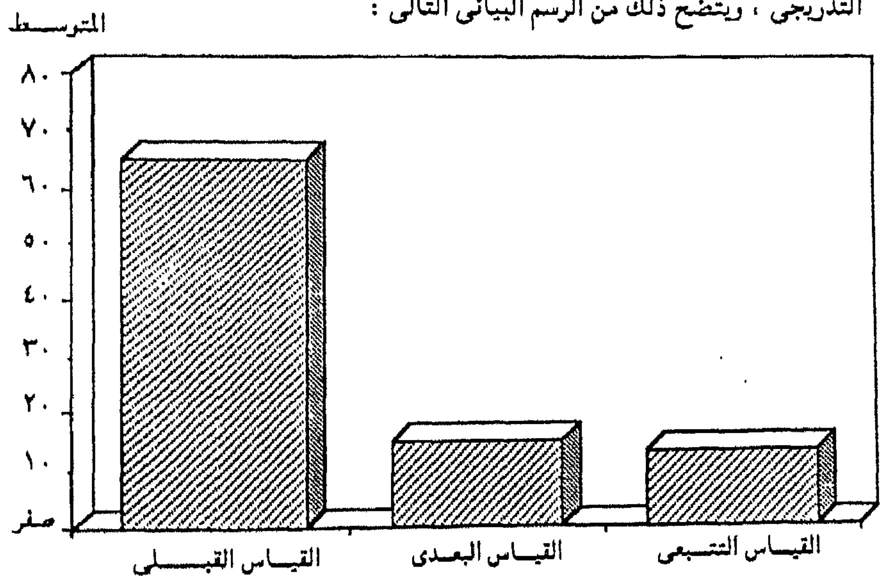
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لدلالة الفروق بين المتوسطات .

جدول (١٧)
دلالة الفروق بين المتوسطات لمجموعة العلاج بالتحصين التدريجي في القياسين البعدى والتتبعى

		العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	الدلالة
قبلى / بعدى	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوى الإجمالى	٣ ٣ صفر ٦	٥,٠٠ ٢,٠٠	,٩٤٣	,٣٤٥

يتضح من جدول (١٧) :

عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى القياسين البعدى والتتبعى فى مجموعة العلاج بالتحصين التدريجي ، ويتضح ذلك من الرسم البيانى التالى :



شكل (٩) رسم بيانى لمستوى القلق لدى مجموعة التحصين فى القياسين القبلى والبعدى والتتبعى

وبالنظر إلى نتائج الرسم البيانى للقياسين البعدى والتتبعى عند مقارنتهما بالقياس القبلى نجد زيادة فاعلية العلاج بالتحصين التدريجي فى خفض القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية بمرور الوقت (شهرين) حيث يلاحظ استمرار انخفاض معدل القلق لدى أفراد العينة .

تفسير نتائج الفرض الخامس :

أظهرت نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (جدول ١٧) عدم وجود فروق دالة إحصائياً فى مستوى القلق بين القياسين البعدى والتتبعى (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج العلاجى) .

ويرجع استمرار التحسن فى فعالية التحصين التدريجي فى خفض القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية إلى استمرار ممارستهم للإسترخاء العضلى من خلال التدريب الذاتي ، ومن خلال شريط الاسترخاء - الذى أعد لهذا الغرض - وحث أفراد المجموعة العلاجية على استمرارهم فى التدريب على الاسترخاء فى المواقف المثيرة للقلق مما يساعدهم على النجاح فى تخطى تلك المواقف والتغلب على قلقهم ، وهذا ما كان له أثره فى استمرار فعالية البرنامج بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج .

فنجاح التحصين التدريجي كفنية سلوكية يرجع فيما ذكر محمد عودة وكمال مرسى (١٩٨٦ : ١٨٢) إلى اعتمادها على أربع مسلمات رئيسية :

١- أن هذا السلوك سلوك متعلم يخضع فى تكوينه وإزالته إلى نفس القوانين والنظريات التى يخضع لها السلوك السوى .

٢- أن هذا السلوك ينشأ من فشل الفرد فى تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة .

٣- أن هذا السلوك قد ينشأ من نجاح الفرد فى اكتساب سلوكيات وعادات خاطئة لاتؤدى إلى التوافق .

٤- أن هذا السلوك قد ينشأ بسبب الصراع الذى يتعرض له الفرد عندما يجد نفسه أمام هدفين ومطلوب منه أن يختار أحدهما ، وأن يتحمل مسئولية هذا الإختيار .

اختبار صحة الفرض السادس :

نص الفرض السادس على أنه :

"لاتوجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى بين القياس البعدى (بعد انتهاء البرنامج مباشرة) ، والقياس التتبعى (بعد مرور شهر ونصف من انتهاء البرنامج) " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لدلالة الفروق بين المتوسطات .

جدول (١٨)

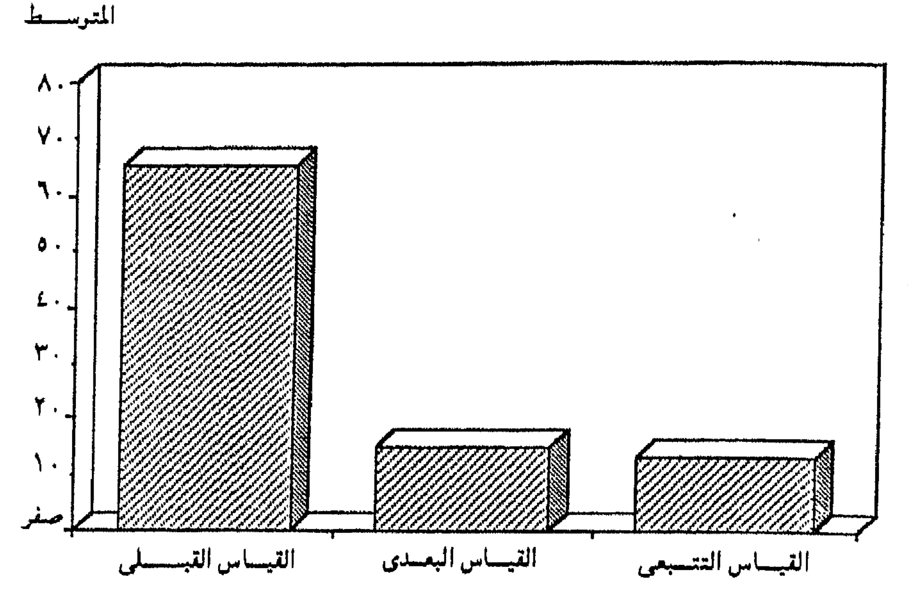
دلالة الفروق بين المتوسطات لمجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى القياسين البعدى والتتبعى

		العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	الدلالة
قبلى / بعدى	الرتب السالبة	٣	٣,٣٣	,٦٧٤	,٥٠٢
	الرتب الموجبة	٢	٢,٥٠		
	التساوى	١			
	الإجمالى	٦			

يتضح من جدول (١٨) :

عدم وجود فروق دالة إحصائياً فى مستوى القلق بين متوسطى درجات المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى القياسين البعدى والتتبعى فى مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى .

وبالنظر إلى نتائج الرسم البيانى للقياسين البعدى والتتبعى عند مقارنتهما بالقياس القبلى نجد زيادة فاعلية البرنامج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى خفض القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية بمرور الوقت (شهرين) ، حيث يلاحظ استمرار انخفاض مستوى القلق لدى أفراد العينة .



شكل (١٠) رسم بيانى لمستوى القلق لأفراد مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى القياسين البعدى والتتبعى

يتضح من الرسم البيانى أن متوسط القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية فى مجموعة العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى انخفاض مستمر وملحوظ من القياس القبلى إلى البعدى انتهاءً بالتتبعى ، مما يؤكد استمرار فعالية البرنامج فى خفض القلق لديهم .

تفسير نتائج الفرض السادس :

تشير نتائج اختبار ويلكوكسون (جدول ١٨) والرسم البيانى إلى انخفاض مستوى القلق لدى المراهقين ذوى الإعاقة البصرية وذلك بمقارنة القياس التتبعى بالقياس البعدى .

ويفسر ذلك بأن الطرق المستخدمة في العلاج العقلاني الإنفعالي فيما يذكر سامي هاشم (١٩٩٧ : ٦٨) لاتستطيع فقط السيطرة على مشاعر عدم الكفاءة بل أيضاً السيطرة على الإحباط وعدم الإرتياح والقلق الناتج عن عدم التحكم في الذات فزيادة كم المعلومات التي يدركها الفرد عن نفسه يمكن أن تؤدي إلى زيادة حاجة الفرد إلى تعديل التحكم والسيطرة ، حيث أن وجود السيطرة والتحكم بصورة كافية لدى الفرد يمكن أن يؤدي إلى تغلب الجوانب الإنفعالية على الجوانب العقلية ، أما إذا زادت السيطرة والتحكم فإنها تجعل الإختيار بين بدائل السلوك صعبة بالنسبة للفرد ، لذلك فإنه من الضروري تحقيق التوازن بين التحكم أو عدم وجوده لأن ذلك هو الطريق لتحقيق التوافق ، وهذا ما يوفره العلاج العقلاني الإنفعالي للفرد .

فالعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي يهدف إلى تعليم الفرد الطريقة العقلانية المنطقية في التفكير ، حيث يتميز التفكير العقلاني بأنه :

١- يقوم على الواقع الفعلي وليس الوهم والخيال .

٢- يساعد الفرد على حماية نفسه .

٣- يبعد الفرد عن المشاكل مع الآخرين .

٤- يحرز الفرد من الصراعات الإنفعالية .

كما أن العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي فيما أورد إليس (١٩٧٧) يهدف إلى مساعدة العميل على خفض القلق ، وذلك من خلال التحليل المنطقي لمشكلاته ، فهو يهدف ضمناً إلى :

- مساعدة الفرد على التعرف على أفكاره غير العقلانية التي تسبب رد فعل غير مناسب لديه نحو العالم .
- تمكينه من الشك والإعتراض على هذه الأفكار ودحضها .
- تشجعه على تعديل أفكاره وبالتالي تعديل فلسفته في الحياة ، ويتحكم عقلانياً في عاطفته وانفعالاته بحيث يتحقق للعميل في نهاية العلاج ما يلي :

أ - أقل درجة ممكنة من القلق ولوم الذات .

ب- منحه طريقة لملاحظة ذاته والإعتماد الذاتي الذي يضمن له الراحة في حياته المستقبلية

جـ- منحه الأساليب العقلانية التى تمكنه من التغلب على انهزاميته ويستطيع الحكم الجيد على الأشياء .

وهكذا فالعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ليس مجرد علاج وقتى للأعراض ، وإنما يمتد ليشمل جذوره ، إذ أن تبنى الفرد لأفكار جديدة أكثر عقلانية يمنحه القوة للتغلب على الأسباب الحقيقية التى تقف وراء معاناته وقلقه ، ولذلك فهو علاج ذو فعالية ممتدة إذا استطاع الفرد تبنى فلسفة جديدة لحياته يستطيع من خلالها أن يتغلب على كل ما من شأنه أن يؤرقه مستقبلاً .

توصيات الدراسة

فى ضوء اجراءات الدراسة الحالية وما توصلت إليه من نتائج وما قدمه من تفسيرات ، وما واجهه من صعوبات خلال تطبيق إجراءات الدراسة الميدانية ، واستناداً للوضع القائم فى المؤسسات التعليمية الخاصة بالطلاب ذوى الإعاقة البصرية ، فإنه يعرض فيما يلى بعض التوصيات التربوية فى مجال الاهتمام بذوى الإعاقة البصرية :

١- ضرورة الاهتمام بالدور الذى يلعبه الأخصائى النفسى والاجتماعى بمدارس ذوى الإعاقة البصرية وذلك لما لهذا الدور من أهمية كبيرة فى رعاية التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة .

٢- يجب على الاخصائيين النفسيين القيام بمتابعة دورية داخل الفصول للتعرف على التلاميذ الذين لديهم مشكلات نفسية من خلال إجراء بعض الاختبارات النفسية بين الحين والآخر ، حتى يتثنى مساعدتهم قبل استفحال المرض النفسى لديهم .

٣- إعداد دورات تدريبية دورية للاخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلمين تتضمن تدريبهم على كيفية التعامل مع التلاميذ ذوى الإعاقة البصرية ، لما لهم من إحتياجات خاصة بهم على أن يراعى فى هذه الدورات حاجات وميول واهتمامات ومشكلات هؤلاء التلاميذ .

٤- الاهتمام بإعداد كوادر من المعلمين المؤهلين لتعليم وتربية الأطفال ذوى الإعاقة بصفة عامة وذوى الإعاقة البصرية على وجه الخصوص .

٥- الاهتمام بعمل يوم ترفيهى كل أسبوع للترويح على التلاميذ يتضمن مشاركة جميع التلاميذ فى الأنشطة الرياضية والموسيقية والفنية المناسبة لأعمارهم .

٦- يجب على إدارة المدرسة إعداد رحلات ترفيهية وتثقيفية للتلاميذ تسمح لهم بالتنفيس عما بداخلهم من نشاط وتساعدهم فى الحصول على المعلومات من مصادرها المباشرة .

٧- ضرورة تخصيص يوم أسبوعيا أو شهريا يتم فيه دمج ذوى الإعاقة البصرية مع المبصرين فى مدارسهم - حتى تيسر الفرصة للدمج الكلى - وذلك لإشاعة جو من الألفة والتفاعل الاجتماعى السوى بما يكون له صدى على التوافق الاجتماعى لذوى الإعاقة البصرية .

٨- إعداد ملفات خاصة لكل طالب يدون فيه صورة تفصيلية عن حالته الانفعالية والصحية والاجتماعية والاقتصادية ومستواه التحصيلى ، وصورة عن سلوكه العام فى المدرسة وما يثيره من مشكلات .

٩- العمل على تنمية وعى المجتمع من خلال أجهزة الإعلام المسموعة والمرئية والمقرؤة لرسم صورة صحيحة عن ذوى الإعاقة البصرية بوجه خاص وذوى الإعاقة بوجه عام والأسلوب الذى يمكن من خلاله تقديم المساعدة لهم دون جرح مشاعرهم والابتعاد عن الأفكار الخاطئة عنهم .

١٠- ضرورة تخصيص ميزانية خاصة لتوفير الأدوات المعينة التى يستخدمها ذوى الإعاقة البصرية كالعصا التى تستخدم في التنقل ، وتدريبهم على استخدامها . وأجهزة الكومبيوتر التى تساعدهم فى الحصول على المادة العلمية بصورة سهلة ومبسطة وإلى غير ذلك من الأدوات التى تيسر لهم سبل الحياة .

البحوث المقترحة

فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية ، واستكمالاً للجهد الذى بدأته الدراسة الحالية يقترح إمكانية القيام بمزيد من البحوث والدراسات لدى ذوى الإعاقة البصرية :

١- فعالية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى خفض الوساوس القهرية لدى ذوى الإعاقة البصرية .

٢- فعالية التحصين التدريجى فى خفض بعض المخاوف المرضية لدى ذوى الإعاقة البصرية .

٣- فعالية العلاج السلوكى المعرفى فى خفض الاكتئاب لدى ذوى الإعاقة البصرية .

٤- فعالية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية لدى ذوى الإعاقة البصرية .

٥- فعالية العلاج بالمعنى فى خفض الشعور باللامعنى لدى ذوى الإعاقة البصرية .

٦- فعالية العلاج التفاعلى فى خفض القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية .

٧- أثر دمج ذوى الإعاقة البصرية مع المبصرين فى خفض بعض الاضطرابات السلوكية لديهم .




المراجع

أولا المراجع العربية

(١) القرآن الكريم

(٢) ابراهيم عباس الزهيرى (١٩٩٨) : **فلسفة تربية ذوى الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم**. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

(٣) ابراهيم قشقوش (١٩٧٢) : **دراسة العلاقة بين إدراك المراهقين المكفوفين لاتجاهات المبصرين نحوهم وبعض جوانب توافقهم الشخصى والاجتماعى** . رسالة ماجستير (غير منشورة) . كلية التربية - جامعة عين شمس .

(٤) أحمد الرفاعى غنيم (١٩٨٥) : **تطبيقات على ثبات الاختبار** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٥) أحمد حسنين أحمد الشافعى (١٩٩٣) : **القلق ووجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصريا والعاديين** . رسالة ماجستير (غير منشورة) . كلية البنات - جامعة عين شمس

(٦) أحمد رفعت جبر (١٩٧٨) : **دراسة تجريبية مقارنة بين أثر ارشاد الآباء وأثر ارشاد الأبناء فى تخفيف القلق لدى المراهقين** .رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية الآداب - جامعة عين شمس .

(٧) أحمد عبدالخالق (١٩٨٦) : **علم النفس الاكلينيكى** . الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية

(٨) ــــــــــــ (١٩٨٧) : **قلق الموت** . الكويت : عالم المعرفة . العدد (١١١) .

(٩) أحمد عبدالرحيم العمرى (١٩٩٤) : **دراسة تقويمية للبرامج المعدة للتعامل مع الطفل الكفيف** رسالة ماجستير (غير منشورة) . معهد دراسات الطفولة - جامعة عين شمس .

(١٠) أحمد عزت راجح (١٩٧٩) : **أصول علم النفس**، ط١٢. القاهرة : دار ...

(١١) أحمد عكاشة (١٩٨٠) : **الطب النفسى المعاصر** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(١٢) اسحق رمزى (١٩٦٢) : **علم النفس الفردى (أصوله وتطبيقه)** . القاهرة : دار المعارف.

(١٣) أسعد رزق (١٩٧٧) : **موسوعة علم النفس** . بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر .

(١٤) إسماعيل بدر (١٩٩٣) : **مدى فاعلية فنية التخيل فى تخفيف القلق لدى طلاب الجامعة** ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد السادس ، سبتمبر ، ص ص٨ - ١٨.

(١٥) أشرف محمد عبدالحميد (١٩٩٥) : **دراسة بعض متغيرات البيئة المدرسية وعلاقتها بالتوافق النفسى لدى ذوى الإعاقة البصرية** ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية التربية - جامعة الزقازيق .

(١٦) آمال نوح (١٩٩٥) : **القلق لدى التلميذات الكفيفات فى المرحلتين الإعدادية والثانوية** ، بحوث ودراسات فى التربية الخاصة . (مجلد الدراسات النفسية والاجتماعية) . المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة فى مصر . القاهرة : وزارة التربية والتعليم

(١٧) أميرة عبدالعزيز الديب (١٩٩٢) : **مفهوم الذات لدى الكفيف وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية** . مجلة مركز معوقات الطفولة . العدد (١) . يناير . ص ص ١٧٩ - ٢٣١ .

(١٨) أمينة مختار (١٩٨٠) : **دراسة كلينيكية مقارنة لفاعلية لنبعين من فنيات العلاج السلوكى التحصين المنهجى فى مقابل الغمر (التفجر الداخلى) فى علاج بعض المخاوف** . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية التربية - جامعة عين شمس .

(١٩) اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة (١٩٩٠) : **القرار الوزارى رقم (٣٧) بتاريخ ٢٨/١/١٩٩٠** . القاهرة : وزارة التربية والتعليم .

(٢٠) انتصار يونس (١٩٧٤) : **دراسات فى السلوك الإنسانى** . القاهرة : دار المعارف .

(٢١) ب. وولمان (١٩٩١) : **مخاوف الأطفال** . ترجمة محمد عبدالظاهر الطيب . ط٢ ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٢٢) توماس ج. ، كارل (١٩٦٩) : **رعاية المكفوفين نفسيا واجتماعيا ومهنيا** . ترجمة : صلاح مخيمر . القاهرة : عالم الكتب .

(٢٣) جمال الخطيب (١٩٩٠) : **تعديل السلوك القوانين والاجراءات** . ط٢ . الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية .

(٢٤) ــــــــــ (١٩٩٣) : **تعديل سلوك الأطفال المعوقين (دليل الآباء والمعلمين)** . عمان : مكتبة إشراق للنشر والتوزيع .

(٢٥) حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٨) : **الصحة النفسية والعلاج النفسى** . ط٢ ، القاهرة : عالم الكتب .

(٢٦) ــــــــــ (١٩٩٠) : **علم نفس النمو** . ط٢ . القاهرة : عالم الكتب .

(٢٧) حسام الدين عزب (١٩٨١) : **العلاج السلوكى الحديث** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٢٨) حسن أحمد الجبالى (١٩٨٩) : دراسة مقارنة لمستوى القلق عند الأطفال المكفوفين والمبصرين رسالة ماجستير (غير منشورة) . معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس .

(٢٩٨) حسن مصطفى عبدالمعطى (١٩٩٨) : **علم النفس الإكلينيكى** . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر .

(٣٠) ــــــــــ (تحت الطبع) : **العلاج المعرفى بين النظرية والتطبيق** . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

(٣١) حمدى حسنين (١٩٨٩) : دراسة أثر العمى والمستوى التعليمى والعمر على السلوك الإنكارى وبعض جوانب الشخصية لدى المعوقين بصريا . مجلة كلية التربية بأسيوط . العدد (٥) . ص ص ٣٧١ - ٤٠٠ .

(٣٢) دافيد . ف . شيهان (١٩٨٨) : مرض القلق ، ترجمة : عزت شعلان . الكويت : عالم المعرفة العدد (١٢٤) .

(٣٣) دافيد مارتن (١٩٧٣) : فى العلاج السلوكى . ترجمة صلاح مخيمر . القاهرة: مكتب الأنجلو المصرية .

(٣٤) رشاد على عبدالعزيز موسى (١٩٩٤) : بحوث فى سيكولوجية المعاق . القاهرة : دار النهضة العربية .

(٣٥) ———————— (د. ت) : سيكولوجية الفروق بين الجنسين . القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع .

(٣٦) رمضان عبداللطيف (١٩٩٠) : الاغتراب وعلاقته بالقلق والاتجاهات الوالدية كما يدركها لأبناء المراهقين المكفوفين ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية التربية - جامعة عين شمس .

(٣٧) رمضان محمد القذافى (١٩٩٤) : سيكولوجية الإعاقة . طرابلس : الجامعة المفتوحة .

(٣٨) زينب محمود شقير (١٩٩٩) : سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين . القاهرة: مكتبة النهضة المصرية .

(٣٩) سامى محمد هاشم (١٩٩٨) : فعالية الإرشاد العقلانى الانفعالى مقترنا بالواجبات المنزلى فى علاج المخاوف الاجتماعى . مجلة كلية التربية بالزقازيق ، العدد (٢٩) ص ص ٤١ - ٩٨ .

(٤٠) سامية عباس القطان (١٩٧٤) : دراسة مقارنة لمستوى القلق عند المراهقات الكفيفات والمبصرات ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية التربية - جامعة شمس .

(٤١) سليمان الريحاني (١٩٨٥) : **اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية** . دراسات تربوية . عمان ، مجلد (١٢) ، العدد (١١) ، ص ص ٧٧ - ٩٥ .

(٤٢) سمير الدروبي (١٩٦١) : **دراسة تحليلية مقارنة لأحلام المكفوفين** . رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية التربية - جامعة عين شمس .

(٤٣) سهام درويش أبو عيطة (١٩٨٨) مبادئ الارشاد النفسي . الكويت : دار القلم .

(٤٤) س. هـ باترسون (١٩٨١) : **نظريات الارشاد والعلاج النفسي** . الجزء الأول . ترجمة حامد عبدالعزيز الفقي . الكويت : دار القلم .

(٤٥) ———— (١٩٩٠) : **نظريات الارشاد والعلاج النفسي** . الجزء الثاني . ترجمة حامد عبدالعزيز الفقي . الكويت : دار القلم .

(٤٦) سيجمونت فرويد (١٩٨٣) : **الكف والعرض والقلق** . ترجمة : سمير عثمان نجاتي ، ط٣ . القاهرة : دار الشروق .

(٤٧) سيد خير الله ولطفي بركات (١٩٦٧) : **سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٤٨) شيخة يوسف الدربستي (١٩٩٧) : **فنية التحصين التدريجي بين النظرية والتطبيق** . مجلة الارشاد النفسي بجامعة عين شمس . العدد (٧) . ص ص ٥٧ : ٨٨ .

(٤٩) طلعت منصور وآخرون (١٩٨١) : **أسس علم النفس العام** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٥٠) عادل عز الدين الأشول وعبدالعزيز الشخص (١٩٨٤) : **مقياس القلق للمكفوفين (دليل المقياس)** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٥١) عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٨) : **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الجزء الأول)** . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

(٥٢) عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٩) : **بحوث ودراسات في العلاج النفسي** (الجزء الأول) . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

(٥٣) عبدالرحمن العيسوى (١٩٨٤) : **أمراض العصر** . الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

(٥٤) عبدالرحمن عيسوى (١٩٩٥) : **العلاج النفسي** . دار المعرفة الجامعية : الاسكندرية

(٥٥) عبدالستار ابراهيم (١٩٨٣) : **العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان** . ط٢ ، القاهرة : مكتبة مدبولي .

(٥٦) ———— (١٩٩٤) : **العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث** ، القاهرة : الفجر للنشر والتوزيع .

(٥٧) عبدالسلام عبدالغفار ، يوسف الشيخ (١٩٨٥) : **سيكولوجية الطفل والتربية الخاصة** . القاهرة : مكتبة النهضة العربية .

(٥٨) عبدالعزيز الشخص (١٩٨٨) : **مقياس تقدير المستوى الاجتماعي – الاقتصادي للأسرة المصرية المعدل : دراسة مقارنة بين عقدى الستينيات والثمانينيات** . القاهرة . دراسات تربوية . المجلد الثالث ، الجزء (١٢) . ص ص ٢٣٥ – ٢٥٩ .

(٥٩) ———— (١٩٩٢) : **أثر أسلوب الرعاية على مستوى القلق لدى المكفوفين واتجاهاتهم نحو الإعاقة** . مجلة مركز معوقات الطفولة . العدد الأول . ص ص ١٤٩ – ١٧٧ .

(٦٠) عبدالفتاح عثمان (١٩٨١) : **الرعاية الاجتماعية للمعوقين** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٦١) عبدالمطلب أمين القريطي (١٩٩٦) : **سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم** . القاهرة : مكتبة دار الفكر العربى .

(٦٢) عبدالمنعم الحفنى (١٩٧٥) : **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي** . (الجزء الأول) . القاهرة : مكتبة مدبولى .

(٦٣) عبدالوهاب كامل (١٩٩٥) : **أثر التدريب على التحكم الذاتي باستخدام العائد البيولوجي لنشاط العضلات الكهربي والاسترخاء على خفض القلق والانفعالية** ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد ١٣ ، سبتمبر .

(٦٤) عثمان أمين (١٩٧١) : **الفلسفة الرواقية** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٦٥) عدنان سبيعى (١٩٨٢) : **فى سيكولوجية المرضى والمعاقين** . دمشق : الشركة المتحدة للطباعة والنشر .

(٦٦) عزيز حنا داود وآخرون (١٩٩١) : **الشخصية بين السواء والمرض** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٦٧) عطوف محمود ياسين (١٩٨١) : **علم النفس العيادى (الاكلينكى)** . الجزء الأول . بيروت : دار القلم للملايين .

(٦٨) علاء الدين كفافى (١٩٩٠) : **الصحة النفسية** . القاهرة : مكتبة هجر للطباعة والنشر

(٦٩) عماد محمد أحمد ابراهيم (١٩٩٠) : **دراسة للتفكير اللاعقلانى من حيث علاقته بالقلق والتوجه الشخصى لدى عينة من الشباب الجامعى** . رسالة ماجستير (غير منشورة) . كلية الآداب - جامعة الزقازيق .

(٧٠) فتحى السيد عبدالرحيم (١٩٦٩) : **أثر فقد البصر على تكوين مفهوم الذات** - رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية التربية - جامعة عين شمس .

(٧١)———— (١٩٨١) : **دراسة تحليلية لموقف المكفوفين من التوافق الشخصى والاجتماعى فى ضوء النظرة التفاعلية بين التكوين الحضرى والتأثير البيئى** . المؤتمر الخامس للجنة الشرق الأوسط للمكفوفين . الرياض .

(٧٢)———— (١٩٨٨) : **سيكولوجية الأطفال غير العاديين استراتيجيات التربية الخاصة (الجزء الثانى)** ، الكويت : دار القلم .

(٧٣) فتحى السيد عبدالرحيم ، حليم السعيد بشاى (١٩٨٨): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين استراتيجيات التربية الخاصة . (الجزء الأول).** الكويت : دار القلم

(٧٤) فؤاد البهى السيد (١٩٧٨) : **علم النفس الاحصائى وقياس العقل البشرى .** القاهرة : دار الفكر العربى .

(٧٥) فيصل محمد خير الزراد وآخرون (د. ت) : **علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية .** بيروت : دار القلم للملايين .

(٧٦) كالفن س. هول (١٩٨٨) : **علم النفس عند فرويد .** ترجمة أحمد سلامة وسيد عثمان . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(٧٧) كمال ابراهيم مرسى (١٩٧٤) : **القلق وعلاقته بالشخصية فى مرحلة المراهقة .** القاهرة : مكتبة النهضة العربية .

(٧٨) كمال سالم سيسالم (١٩٨٨) : **المعاقون بصريا خصائصهم ومناهجهم .** الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية .

(٧٩) كوفيل وآخرون (١٩٨٦) : **الأمراض النفسية .** ترجمة محمود الزيادى . ط ٢ . الكويت : مكتبة الفلاح .

(٨٠) لطفى بركات أحمد (١٩٧٨) : **الفكر التربوى فى رعاية الطفل الكفيف .** القاهرة : مكتبة الخانجى .

(٨١) ———————(١٩٨١) : **تربية المعوقين فى الوطن العربى .** الرياض ، دار المريخ للنشر والتوزيع .

(٨٢) ———————(١٩٨٨) : **الرعاية التربوية للمكفوفين .** تهامه : إدارة النشر والتوزيع .

(٨٣) لويس كامل مليكه (١٩٨٦) : **مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين .** القاهرة : دار النهضة العربية .

(٨٤) ———————(١٩٩٠) : **العلاج السلوكى وتعديل السلوك .** الكويت : دار القلم .

(٨٥) محروس عبدالخالق السيد (١٩٩٣) : **دراسة لمستويات القلق وعلاقتها بالتفكير الابتكاري لدى فئة من المكفوفين** . رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية - جامعة الأزهر .

(٨٦) محمد أحمد غالي ، رجاء محمود أبو علام (١٩٧٤) : **القلق وأمراض الجسم** . دمشق : مطبعة الحلبوني .

(٨٧) محمد أحمد محمد سعفان (١٩٩١) : **العلاقة بين الابداع الفني وبعض متغيرات الشخصية لدى المكفوفين** . رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية التربية - جامعة الزقازيق .

(٨٨) محمد أيوب (١٩٩٠) : **الإعاقة الناتجة عن ضعف البصر والحد منها** . بحوث ودراسات المؤتمر الأول إلى المؤتمر الرابع لاتحاد هيئات رعاية المعوقين . القاهرة . ص ص ١٢٦ - ١٣١ .

(٨٩) محمد السيد عبدالرحمن ، معتز سيد عبدالله (١٩٩٤) : **الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم** . مجلة دراسات نفسية ، المجلد (٤) ، العدد (٣) . ص ص ٤١٥ - ٤٤٩

(٩٠) محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٩) : **علم الأمراض النفسية والعقلية** . الجزء الثاني ، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

(٩١) محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٨٠) : **أثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهقين المكفوفين من الجنسين** . القاهرة : المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين .

(٩٢) ———————— (١٩٨٩) : **تيارات جديدة في العلاج النفسي** . الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

(٩٣) محمد عبدالعال الشيخ (١٩٨٦) : **أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان** . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية التربية - جامعة طنطا .

(٩٤) محمد محروس الشناوى (١٩٩٤) : **نظريات الارشاد والعلاج النفسى** . القاهرة . دار غريب للطباعة والنشر .

(٩٥) محمد محروس الشناوى ، محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٨) : **العلاج السلوكى الحديث ، أسسه وتطبيقاته** . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر .

(٩٦) محمد محمود محمد (١٩٩٥) : **مدى فعالية برنامج ارشادى فى خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسى** . رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية التربية - جامعة الزقازيق .

(٩٧) مختار حمزة (١٩٧٩) : **سيكولوجية ذوى العاهات والمرضى** . جدة : دار المجمع العلمى .

(٩٨) مصطفى سويف (١٩٧٥) : **مقدمة لعلم النفس الاجتماعى** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية

(٩٩) مصطفى فهمى (١٩٦٥) : **سيكولوجية الأطفال غير العاديين** . القاهرة : مكتبة مصر .

(١٠٠) معتز سيد عبدالله ، محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٤) : **اعداد مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال والمراهقين** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

(١٠١) ممدوحة محمد سلامه (١٩٨٦أ) : **الارشاد النفسى - منظور نمائى** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية

(١٠٢) ———— (١٩٨٦ب) : **محاضرات فى علم النفس الاكلينيكى** . (غير منشور) كلية الآداب :مطبوعات جامعة الزقازيق .

(١٠٣) ممدوحة محمد سلامه (١٩٨٧) : **مخاوف الأطفال وإدراكهم للقبول / الرفض الوالدى** ، مجلة علم النفس . القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتب ، العدد (٢) . ص ص ٥٤ - ٦١ .

(١٠٤) منال منصور بوحيمد (١٩٨٥) : **المعوقون** . ط٢ . الكويت : مؤسسة الكويت للتقدم العلمي إدارة التأليف والترجمة .

(١٠٥) منى الحديدى (١٩٩٦) : **رعاية وتأهيل المكفوفين** . سلسلة الدراسات الاجتماعية . القاهرة : مطبوعات جامعة الدول العربية .

(١٠٦) ناصر الموسى (١٩٩٢) : **دمج الأطفال المعوقين بصريا فى المدارس العادية (طبيعته ، برامجه ، ومبرراته)** . الرياض ، مركز البحوث التربوية ، جامعة الملك سعود ، كلية التربية .

(١٠٧) ــــــــ(١٩٩٦) : **المنهج الإضافى ودوره فى تنمية المهارات التعويضية لدى الأطفال المعوقين بصريا** . بحوث ودورات فى التربية الخاصة (مجلة المحتوى والعمليات) ، المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة فى مصر . القاهرة ، وزارة التربية والتعليم

(١٠٨) هارولد ريجنالد ميتش (١٩٩٢) : **تعديل السلوك البشرى** ، ترجمة فيصل الزراد ، الرياض : دار المريخ .

(١٠٩) هدى محمد قناوى (١٩٨٢) : **الكتابة للطفل الأصم** . ندوة الطفل المعوق ، القاهرة . الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص ١٠٨ - ١٢٦

(١١٠) هكتور تشيفنى وميدل بريفرمان (١٩٦١) : **تكيف الكفيف** . ترجمة : محمد عبدالمنعم موسى وعبدالحميد يونس . القاهرة : مطبوعات البلاغ .

(١١١) وليام ليدون و لورتيا كاكجرو (١٩٩٠) : **تنمية المفاهيم عند الأطفال المعوقين بصريا** . ترجمة : عبدالغفار الدماطى وفاروق ابراهيم خليل . الرياض : مطابع جامعة الملك سعود .

(١١٢) وليم الخولى (١٩٧٦) : **الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب النفسى** . القاهرة : دار المعارف .

(١١٣) وليم . هـ فريدمان (١٩٩٧) : **ممارسة العلاج الجمعى (المرشد للاخصائى النفسى)** . ترجمة : ناصر بن ابراهيم المحارب . الرياض : مطبوعات جامعة الملك سعود .

(١١٤) يوسف الحجاجي (١٩٨٦) : تصدع الشخصية في نظريات علم النفس . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

(١١٥) يوسف عبدالفتاح (١٩٩٢) : بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم دراسة مقارنة . مجلة علم النفس ، العدد (٢١) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ص ص ٦٢ - ٧٢ .

ثانياً المراجع الأجنبية

(116) Andrews, G. (1990) : The diagnosis and management of pathological anxiety. **Medical Journal of Australia**, Vol. (152), No. (12), pp. 656 - 659.

(117) Barrage, N. (1983) . **Visual handicaps and learning** (Rev. ed.). Austin, Tx : Exeptional Resources.

(118) Bauman, M. (1964) : Group differences disclosed by inventary items. **International journal of the blind**, Vol. (3), pp.191 - 106.

(119) Beck, A. (1976). **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. NewYork : International Universities Press, INC. .

(120) Borltovec, T. D. & Mathews, A. M. (1988). Treatment of Non-phobic Anxiety Disorders : A comparison of non-directive, Cognitive and Coping Demestization Therapy. **Journal of Consuling and Clinical Psychology**, V. 56, No. 6, pp. 817 - 884 Dec.

(119) Butler. G. et al. (1984). Exposure and Anxiety Management for Social Phobia, **Journal of Consuling and Clinical Psychology**, V. 52, No. 6, pp. 642 - 650.

(120) Carter, D. K. & Pappas, J. P. (1972) : A Comparison of systematic desensitization and sesitization treatment for reducing counsetor anxiety. **Paper presented at American Psychological Association Convention**, 2 - 8 September, Hawaii.

(121) Cecil, E. A. (1971). The use of three variations of anxiety management training in the treatment of generalized anxiety. **ERIC, AN : ED, 117581.**

(122) Chlan, L. (1998). Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventiatory assistance. **Heart Lung**, May - Jun, 27 (3) : 169 - 176.

(123) Cohen, M. C. (1983) : An overcoming speech anxiety course for the community. **Paper presented at the annual meeting of the estern communication association** (Ocear Cirt, M. D. April 27 - 30).

(124) Cowan, D. & Brunero, S. (1997). Group therapy for anxiety disorders using rational emotive behaviour therapy. **Aust N Z J Ment Health Nurs.** Dec., 6 (4) : 164 - 168.

(125) Craig, A. et al. (1998). Immunizing against depression and anxiety after sinal coral injury, **Physical Medical Rehabilitation,** Vol. (79), No. (4), p. 373 - 517.

(126) Deffenbacher, L. (1988). Anxiety Management Training. **The Counseling Psychologist**, Vol. 16, No. 2, 31 - 19.

(127) Deffenbacher, L. et al. (1980) : Comparison of anxiety management training and self-control desensitization in reducing test and other anxieties. **Journal of Counseling Psychology**, Vol. 27, pp. 232 - 239.

(128) Deffenbacher, L. & Michaels, C. (1980) : Two self-control procedures in the reduction of targeted and nontargeted anxieties : A year later. **Journal of counseling Psychology**, 27, pp. 9 - 15.

(129) (1981) : Anxiety management training and self - control desensitization - 15 months later. **Journal of Counseling Psychology**. Vol. 28, pp. 459 - 492.

(130) Delange, J. (1978). A comparison of the effects of assertive skill training and desensitization in increasing assertion and reducing anxiety in groups of women, **Paper Presented at the Meeting of the Midwes Term Association of Behaviour Analysis** (4th, Chicago, III Inois, May 13 - 16).

(131) Dodds, A. (1986). **Handicapping conditions in children**, London : Bill Gillham.

(132) Ellis, A. (1962). **Reason and Emotion in psychotherapy**. Secaucus : N.J. Lylestuart.

(133) (1973). **Humanistic psychotherapy thee rational- emotive approach,** New York : McGraw-Hill Book Company.

(134) (1976). **Rational - Emotive Psychotherapy** (In) Sahakian, W., Psychotherapy and Counseling Techniques in Intervention, Chicago : McNaly College Publishing Company.

(135) (1977) **Reason and Emotion in Psychotherapy**, New Jersy : The Citadel Press.

(136) Ellis, A. (1978) A note on the treatment of agoraphobics with cognitive versus prolonged exposure in vivo. **Beha. Res. & Therapy**, Vol. 17, pp. 162 - 164, June.

(137) ________ (1979). Discomfort Anxiety : A new cognitive behavioral construct. **Rational living**, Vol. 14, (2), part 1, pp. 3 - p.

(138) (1980a) Discomfort Anxiety : A new cognitive behavioral construct. **Rational living**, Vol. 16, (1), part 2, pp. 25 - 30.

(139) (1980b). Rational - emotive therapy and cognitive - behaviour therapy : Similarities and differences. **Cognitive Therapy and Research**, Vol. 4, pp. 325 - 340.

(140) (1991) **Using RET Effectively Reflections and Interview** (In) Bernard, M. Using Rational-Emotive Therapy Effectively A Practioner's Guide, New York : Plenum Press.

(141) Ellis, A. & Bernard, M. (1985). **What is rational-emotive therpy (RET)?** (In) Ellis, A. & Bernard, M. (eds.), Clinical Applications of Rational, Emotive Therapy, New York: Plenum.

(142) Ellis, A. & Dryden, W. (1987). **The practice of rational-emotive therapy**. New York : Springer

(143) Goldfried, M. & Goldfried, A. (1975). **Cognitive change methods**. In Kanfer, F. & Goldstein, A. (Eds.), Helping people change, New York : Pergamon Press.

(144) Goldfried, M. (1980). **Self-control skills for the treatment of anxiety disorders** (In) Shaw, B. et al. (1986). Anxiety Disorders. New York : Phenan Press.

(145) Greenberg, M. S. & Beak, A. (1989). Depression Versus Anxiety : A test of the content specificity hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, Vol. 98, No. I, pp. 9 - 13.

(147) Hagga, D. & Davison, G. (1993). An Appraisal of Rational Emotive Therapy. **Abnormal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol. 61, No. 2, 215 - 220.

(148) Hall, D. M. & Jolly, H. (1984). **The child with a handicap**. London : Black well scientific publication.

(149) Hardy, A. (1967). Manifest anxiety in visual impaired adolescents, **Education the Visual Handicapse**, 2 (3) pp. 91 - 105.

(150) Haynes, C. et al. (1983) Rational - Emotive counselling and self instruction training for test anxious. **High School Students, Canadian Counseller**, Vo. 18, No. 1, pp. 31 - 38. Oct.

(151) Heward, W. & Orlonsky, M. (1992). **Expectional Children**. New York : Publishing Company.

(152) Hilgard, E. (1971). **Introduction to psychology**, 5th ed., New York : Harth Court Brace. Jovanoviche,

(153) Holtz, J. & Reynolds, G. (1991). The effects of emotional memory skills on public speaking anxiety : A first book. **Paper presented at the annual meeting of the speech communicative association** (10th, New Orleans, LA, November, 19 - 22).

(154) Jarmon, D. G. (1973) Differential effectiveness of RET, Bibliotherapy and attention placebo in the treatment of speech anxiety. **Dis. Abs. Int.** (B) 33, g. 4510.

(155) Kalin, N. H. (1993). The new rabiology of fear. **Scientific American**. 268 (5), pp. 94 - 101.

(156) Kanter, N. J. & Goldfriend, M. (1979). Relative Effectiveness of Rahonal Restructiving and Self-Control Desensitization in the Reduction of Inter-personal Anxiety. **Behavior Therapy**, Vol. 10, No. 1, pp. 272 - 290.

(157) Keable, D. (1997). **Behavioral and cognitive theories of anxiety in the management of anxiety. A guide for therapists.** New York : Churchill Livingstone.

(158) Keable, D. & O'hanlou, P.)1997). **The physiology of anxiety in the management of anxiety, A guide for therapists.** New York : Churchill Livingstone.

(159) Kent, G. (1991). **Anxiety** (In) Dryden, W. & Rentoul, R. (Eds.); Problems A Cognitive - behavioural approach. London : Croom Helm.

(160) Kirk, S. & Gallagher, J. (1986). **Educating Exceptional Children**, Boston : Houghton Mifflin Company.

(161) Kiselica, N. et al. (1994). Effects of stress inoculation traning of anxiety, Stress, and academic performance among adolescents. **Journal of Counseling Psychology**, Jul., Vol. 41, No. 3, pp. 335 - 342.

(162) Levitt, E. (198) **The Psychology of anxiety**, New Jersey : Hillsdale.

(163) Malouff, J. & Schutte, N. (1986). Development and validation of a measure of irrational beliefs. **Journal of consulting and clinical psychology**, Vol. 54, No. 6, pp. 860 - 862.

(164) Massey, R. F. (1981) **Personality theories comparisons and syntheses**, New York : D. Van Nostar Company.

(165) Maxwell, J. & Wiclkerson, J. (1982). Anxiety Reduction Group Instruction in Rational National Therapy. **Journal of Psychology**, Vol. 112, pp. 135 - 140.

(166) Morse, R. et al. (1980). The Effectiveness of Combination Treatment Approach on Moderately Anxious Students at a Predominantly Black College. **ERIC, AN : ED. 213713.**

(167) Neenan, M. & Dryden, W. (1996). **Trends in Rational Emotive Behaviour Therapy, 1955 - 95** (In) Neenan, M. & Dryden, W. (ed.) ; Developments in Psychotherapy; Historical Prespective, London : SAGE Publications, Led.

(168) Nelson, E. S. (1991). Visualization and Rational-Emotive Therapy as Intervention for Communication Apprehension. **Paper presented at the Annual Carolinas Psychology Conference** (Raleigh, NC, April, 12 - 13).

(169) Ost, L. et al. (1981). Individual Response Patterns and Effects of Different. Methods in the treatment of social anxiety. **Behaviour research and therapy**, Vol. 19, No. 3, pp. 1 - 16.

(170) Palakanis, K. et al. (1994). Effect of music therapy on state anxiety in patients undergoing flexible sigmoidoscopy. **Dis. Colon. Rectum**, May; 37 (5) : 478 - 481.

(171) Patel, C. & Kapadia, S. (1985). A Study of anxiety among the school going children. **Asian Journal of Psychology and Education**, 16, 1 - 12.

(172) Persons, J. & Burns, D. (1986), The process of cognitive therapy. The first dysfunctional thought changesless than the last one. **Behaviour research and therapy**, Vol. 24, No. 6, pp. 619 - 624.

(173) Rogers, G. W. (1981). Non traditional, female, Commuter students : Coping with college. **ERIC, AN : ED, 207450.**

(174) Rowan, D. & Eayrs, C. (1993). Fears and anxieties, London : Longman.

(175) Schaefer, H. & Martin, P. (1975) . **Behavioural Therapy**. New York : McGraw, Hill-Book Company.

(176) Schelver, S. R. & Gutsch, K. U. (1983). The Effects of Self-administered Cognitive Therapy on Social Evaluative Anxiety. **Journal of Clinical Psychology**, Vol. 39, No. 5, p. 658 - 666 Sep.

(177) Slutsky, J. M. (1978). Dsensitization and a credible placebo in alliviating public speaking anxiety. **Journal of consulting and clinical psychology**, 46, 1, 119 - 25.

(178) Smith, T. (1983). Changein Irrational beliefs and the outcome of rational emotive psychotherapy. **Journal of Counseling and Clinical Psychology**, Vol. 51, No. 1, pp.150 - 157.

(179) Smith, T. W. & Houston, B. K. (1984). Irrational beliefs and the arousal emotional distress, **Journal of Counseling Psychology**, Vol. 31, No. 2, 190 - 201.

(180) Straatmeyer, A. J. (1974). The effectiveness of reuction the reduction of speech anxiety, **Dis. Abs. Int.**, (B), 35, 6, 3038 - 3039.

(181) Telford, W. U. & Sawrey, J. M. (1972). **The Exceptional Individual**, New Jersey : Prentice-Hall, Inc., Englewood Gliffs.

(182) Trent, R. M. (1985). Mypnatherapeutic restraucturing and systematic desensitization as treatment for mathematics anxiety. Paper presented at **the annual convention of the southern psychological association**, (31st, Austin, IX, April (18 - 20).

(183) Trexler, L. D. (1971). RET, Placebaond Notreatment Effects on Public Speaking Anxiety, **Dis. Abs. Int.**, (B), 32, 6, 3654.

(184) Trower, P. et al. (1978). The treatment of social failure : A comparison of anxiety. **Reduction and skills Acquisition procedures on two social problem behaviour modification**, Vol. 1, No. 2, pp. 41 - 60.

(185) Trussel, R. P. (1989). Use Graduated Behavior Rehearsal, Feedback, and systematic DR Sensitization for speech anxiety. **Journal of Counseling Psychology**, 25, 1, 14 - 19.

(186) Warren, R. et al. (1984). Rational, Emotive Therapy and the Reduction of Interpersonal Anxiety in Junior High School Students. **Adolescence**, Vol. 19, No. 76, pp. 893 - 902 win.

(187) Wessler, R. L. (1983). **Rational-Emotive Therapy in Groups** (In) Freeman, A. (Ed.) Cognitive therapy with couples and groups. , New York : Plenum Press.

(188) Winkler, D. (1989). The impact of anxiety on adolescents and young adults with a visual inpairment. **Dis. Abs. Int.**, Vol. 50, No. 1 - A.

(189) Walpe, J. (1958). Psycholtherapy by reciprocal inhibition. California : Stanford University Press.

(190) (1964). Behaviour therapy in complex neurotic states. **Bri. J. Psychaiat.** Vol. 110, pp. 28 - 34.

(191) (1969). How can cognitions influence desensitization, **Behav. Res. Ther.**, Vol. 7 : 219 a.

(192) (1976). Psychotherapy by reciprocal inhibition (In) Sohakian, W. (Ed.) **Prychatherapy and counseling techniques in intervention**, Rand McNally College Publishing Company.

(193) (1976). **Theme and variation : A Behavior Therapy Casebook**, New York : Etnsford.

(194) Worthington, E. L. et al. (1984). Treatment of speech anxiety : A sequential dismantling of speech skills training, Coping skills training, and paradox, **Paper presented at the annual meeting of the south eastern psychological association** (Atlanta, GA, March 25 - 28).

(195) Zurawski, R. M. & Smith, T. W. (1987). Assessing irrational beliefs and emotional distress : Evidence and implications of limited. **Discriminent Validity Journal**. Vol. 42, pp. 110 - 122.

(196) Zwemer, W. A. & Deffenbacher, J. L. (1984). Irrational Beliefs, Anger and anxiety, **Journal of Counseling Psychology**, Vol. 31, No. 3, 391 - 393.




الملاحق

الملحق الأول

النشرة الإرشادية رقم (١)

عزيزى الطالب :

كل منا قد يعانى فى وقت ما من المشاعر القلق .. لكن هناك نوعين من القلق أحدهما محفز والآخر مثبط ، فأما الأول فهو الذى نشعر به حينما تُقدم على امتحان أو تواجه مشكلة ما أو تذهب لمقابلة للحصول على وظيفة وإلى غير ذلك من المواقف التى يشعر فيها معظم الناس بالقلق إن لم يكن كلهم ، أما النوع الثانى من القلق فهو ذلك الذى يصيب البعض والذى لا يجد الفرد له سبب موضوعى يدعوه إلى ذلك ، فيصاب الفرد الذى يعانى من هذا النوع من اضطرابات نفسية وفسيولوجية تجعله متوتراً مصابا بالكدر والضيق ومن أمثلة ذلك : معاناة الفرد من القلق نتيجة وجوده فى تجمع من الناس ، أو قلق آخر نتيجة وجوده فى الشارع أو أماكن مفتوحة .. وإلى غير ذلك من المواقف التى لا تسبب القلق لمعظم الناس ، ولا يجد صاحبها مبرراً لما يحدث .

عزيزى الطالب :

.. تذكر أن هناك فرق كبير بين القلق والخوف ، فالأول شعور غامض مبهم لا يعرف الشخص مصدره وغالبا ما يخشى صاحبه أشياء فى المستقبل ، أما الخوف فهو الخوف من أشياء محددة ومعروفة وقد يخالف منها الكثيرون .

عزيزى الطالب :

.. تذكر أن من الاضطرابات النفسية التى يعانى منها الشخص القلق تجعله : متوتر ، يخشى اتخاذ القرار ، شديد الحساسية مع نفسه ، يفضل الاعتماد على الآخرين، يتأثر بالمواقف العاطفية سريعاً ومن السهل تحويل سروره إلى حزن وحزنه إلى فرح .. أما الاضطرابات الفسيولوجية فتظهر فى صورة : تزايد فى ضربات القلب وتوتر عضلى خاصة فى منطقة البطن ومؤخرة الرقبة ، وبرودة فى الأطراف ، وزيادة فى الحركات اللاإرادية كفرك اليدين أو تحريك الأصابع أو هز الأرجل .

عزيزى الطالب :

.. تذكر أيضا أن القلق قد يصيبك باضطراب فى التفكير والذاكرة وعمليات الانتباه ومن ثم فإن ذلك يؤثر على تحصيلك الدراسى وتقدمك فى دراستك ، لذلك فالشخص القلق فى حاجة ملحة وضرورية للعلاج .

الملحق الثاني

نموذج لبناء مدرج القلق *

الموضوع :

الذهاب لحفل لاستلام جائزة أو شهادة تقدير وإلقاء كلمة فيه .

خطوات المدرج الهرمي :

- أنت مدعو لاستلام جائزة وإلقاء كلمة وباقي على الحفل يومين .
- أنت تفكر فيما سوف ترتديه في هذا الحفل .
- أنت تعد الخطبة التي سوف تلقيها في الحفل .
- باقي يوم واحد على ذهابك للحفل .
- أنت في عشية الذهاب للحفل .
- أنت في صباح يوم الحفل وباقي ساعات قليلة .
- أنت الآن تستعد لارتداء ملابسك والذهاب للحفل .
- لقد ارتديت ملابسك وأنت في طريقك للحفل .
- أنت الآن في السيارة التي تنقلك للحفل .
- لقد وصلت الآن إلى باب قاعة الاحتفالات .
- لقد نزلت لتوك الآن من السيارة وفي طريقك للجلوس بصحبة مرافقك .
- لقد بدأ الحفل وقد حان دورك للصعود واستلام الجائزة .
- لقد نودي على اسمك ووقفت مع مرافقك لاستلام الجائزة .
- أنت الآن في طريقك لاستلام الجائزة .
- لقد تسلمت الجائزة وفي طريقك لإلقاء كلمة .
- أنت الآن تلقي كلمتك على الحاضرين .

---

* أحد القوائم التي تم تقديمها لعينة العلاج بالتحصين التدريجي .

الملحق الثالث

بطاقة تسجيل خطوات مواجهة القلق

الموقف أو الحدث (أ)	الانفعال (جـ)	التفكير (ب)	السؤال والتحاور (د)	النتيجة (هـ)
- صف الموقف أو الحدث المؤلم أو التعس ؟	صف انفعالك؟	- اذكر الفكرة أو الأفكار التى سبقت هذا الانفعال	حاور نفسك مستعينا بالتساؤلات الآتية : - هل هذه الفكرة أو الأفكار منطقية ومقبولة؟ وما الدليل على ذلك؟ أليس هناك تفسيرات أخرى تفسر الحدث بطريقة منطقية ومقبولة؟ - اذكر أفكار بديلة ١- ربما ٢- ربما ٣- ربما	- هل اقتنعت بالفكرة أو الأفكار البديلة نعم بعض الشئ لا - هل تحسن انفعالك نعم

الملحق الرابع

نموذج رصد الأفكار المثيرة للاضطراب وتصحيح الأفكار الخاطئة

(A) الأفكار أو المواقف الحياتية التي ولدت الاضطراب	(C) ما هو الانفعال الجديد الناتج عن (E)	(B) اذكر الأفكار أو الأحاديث مع الذات التي برزت في (E)	(D) ناقش وتساءل عن مدى صحة (B) وأين الخطأ فيها	(E) ما هي الأفكار الصحيحة التي لو إعتقدت بها لتحول الاضطراب إلى الزعاج	(F) ما هو الانفعال الجديد الناتج عن (E)

الملحق الخامس

النشرة الإرشادية رقم (٢)

عزيزي الطالب . .

غالبا ما يحدث القلق نتيجة تركيزك على الإحتمالات المستقبلية ، وتقييمها على أنها مصيبة أو كارثة ، واعتقادك بأنك ستكون بلا حيلة عند التعامل معها إذا حدثت، وهذا هو الذى يضخمها .. ومثل هذه الأفكار نجدها متضمنة في السؤال " ماذا لو ..؟ "

ولنأخذ المثال التالى :

- جلس أحمد يفكر في بعض الأمور المستقبلية ويقول لنفسه :
- ماذا لو ...

لم أستطع أن أجد وظيفة ؟	فقدت وظيفتى ؟
تعرضت للنقد ؟	فشلت في الإمتحان ؟
قمت بخطأ فى العمل ؟	لم توافق أى فتاة على الارتباط بى ؟

المشكلة هنا أن " أحمد " عندما فكر في السؤال " ماذا لو ؟ " اكتفى بالوقوف عند هذا السؤال على اعتبار أن نتيجة ستكون مروعة ومخيفة ؟

نتادراً جداً أن نجد منا عندما يسأل نفسه ماذا لو حدث كذا وكذا ؟ ما الذى أفعله لمعالجتها أو لمواجهتها أو التعامل معها ؟

ولكن أحمد عاد وسأل نفسه ماذا لو فقدت وظيفتى ؟

وعندما فكر بعقلانية وجدناه يقول لنفسه : " ليس هناك بالفعل ما يضمن أن فقدانى لوظيفتى سيكون كارثة ، فقد يتضح أن هذا أفضل بالنسبة لى ، فقد أجد وظيفة أفضل منها وبمرتب أعلى وتشبع رغباتى بصورة أفضل بكثير من العمل الذى أقوم به الآن " .

ويدأ فى وضع حلول بديلة لما يمكن أن يقوم به .

- يمكننى أن أتصل بالأشخاص الذين أعرفهم فى الأعمال والشركات الأخرى .
- اتصل بأولئك الذين عرضوا على وظائف من قبل .
- أبحث فى إعلانات الوظائف الحالية يومياً وأتابع أي وظيفة مناسبة .
- أفكر فى التدريب على تقنيات جديدة للاستفادة بها فى عملى .

وعندما يدرك الفرد أن هناك أشياء كثيرة يمكنه القيام بها فإن تأثير تفكيره السابق والذى كان يعتبران نتيجة ستكون كارثة تتلاشى تدريجيا ومن ثم يقل القلق بشكل ملحوظ باستخدام سؤال " ماذا لو " والإجابة المنطقية والعقلانية عليه

الملحق السادس

النشرة الإرشادية رقم (٣)

عزيزي الطالب

هناك البعض منا من يقول لنفسه " يبدو أنه مهما بذلت من جهد فى المحاولة ، فإننى أن أنجح أبداً ، " أنا لا أستطيع القيام بعمل أى شئ صحيح " .

ولكن من يفكر بهذه الطريقة عليه أن يقول لنفسه :

- بالطبع هناك أشياء كثيرة لم ينجح فيها وليس من الصحيح أن أقول لنفسى أننى لم أنجح أبداً فى كل شئ فهذا بالتأكيد غير صحيح ، ولو كان غير ذلك ربما لم أكن على قيد الحياة حتى الآن .
- ربما أكون قد فشلت فى أشياء اعتبرها مهمة بالنسبة لى ولكن كثيرا من الناس أيضا يفشلون فى أشياء يعتبرونها مهمة بالنسبة لهم ، ولذا فالشئ الذى يجب أن أقوم به هو تقييم جوانب القوة والضعف بداخلى (وقد يكون ذلك بمساعدة آخرين ممن يعرفوننى جيداً وأحبهم كثيراً ثم أحاول النجاح فى أشياء تتفق مع جوانب قوتى ومقومات تفوقى .
- ومن الممكن أيضاً أن أقوم بتجربة أشياء لا تتفق مع مواهبى ولكنى أقوم بذلك لمجرد المتعة والتسلية لأشياء لم أشهدها من قبل ، برغم علمى بأننى قد لا أنجح فيها فالنجاح ليس كل شئ على أى حال .
- وأنا أعلم أيضاً أن الأشياء الجميلة الصعبة تستحق بذل مجهود كبير للوصول إليها ولذا على أن استمر فيها أكثر وأكثر للحصول عليها وتحقيق كل ما أصبوا إليه ويبدو أننى مثل باقى الناس أتذكر الأشياء السيئة أكثر .
- على نحو خاطئ فإننى أبحث فى ذاكرتى على الأخطاء السابقة لأتذكرها ، على الرغم من أننى لست مضطراً للقيام بذلك ولست مضطرا للتركيز على أخطائى .
- إذا كنت قد فشلت فى عمل ما ، فأنا قد قمت بعمل عدة أشياء صعبة من قبل ونجحت فى هذه المادة من قبل وأنا أستطيع أن أقوم بعمل قائمة بعشرات الأشياء الصحيحة التى قمت بها فى حياتى .
- من الأفضل أن أتوقف عن التفكير السلبى وعندما أشعر بالتحسن وأدرك أننى نجحت فى أشياء كثيرة ، هنا على أن أتعلم من أخطائى وأقلل من هذه الأخطاء فى المستقبل حتى أنجح فيما فشلت فيه من قبل .

الملحق السابع

النشرة الإرشادية رقم (٤)

عزيزي الطالب

عندما يدور في ذهنك التساؤل التالي : ماذا لو كانوا (أو كان أو كانت) لا يحبونني ؟ .... ما الذي عليك أن تفكر فيه عندئذ ..

قل لنفسك أن هذا لا يعني أن هناك بالضرورة خطأ ما لدى ، ولكن ربما تكون لدى صفة ما لا يعجب بها الآخرون ولكنهم حتى إذا أقروا بأنهم لا يحبونني بسبب هذه الصفة فإنهم هم المخطئون لأنهم بذلك يحكمون عليّ كشخص وليس على صفاتي أو سلوكي وهذه مشكلتهم وليست مشكلتي .. ولكن حتى إذا لم يكن سلوكي على غير ما يرغبه الآخرون ، فإنني شخص له قيمة لا تقل عنهم .. فليس هناك إنسان كامل ولن يكون هناك شخص كامل أبداً .

وعلى أسوأ الفروض لو أن لدى هؤلاء أسباب مقنعة لكي يكرهوا صفاتي أو سلوكي في تلك الحالة يجب على أن أحدد تلك الصفات وأبدأ في اتخاذ الخطوات المناسبة لتحسينها حتى لا ينفر الآخرون مني .

ويجب أن تسأل نفسك أيضا هل أنت تحب كل من تقابلهم وتهتم بهم ؟ أليس هناك أشخاص آخرون يحبونك ويهتمون بك ؟ .. وإذا كان السؤال الأول بالنفي والثاني بالإيجاب ، عندها يجب أن تعلم أن الله سبحانه وتعالى خلقنا مختلفين حتى تسير الحياة ويبدو لها معنى فلو كنا جميعا متشابهين لأصبحت الحياة مملة ورتيبة .

الملحق الثامن

النشرة الإرشادية رقم (٥)

عزيزي الطالب

قد يسبب الفرد القلق والتوتر لنفسه عندما يقوم بأفعال وسلوكيات يظن من خلال ممارسته لها أنها تخفي إعاقته وتُواريها عن الآخرين ، كما لو كانت هذه الدعامة جريمة يجب التنصل منها وإخفائها عن أعين الآخرين فعلى سبيل المثال لو كانت عيناه ليس بها أي تشوه فلا يرتدى نظارة حتى يبدو طبيعيا أمام الناس وإذا كانت بها تشوه فيرتديها حتى لا يعرف الناس أنه كفيف وكذلك لا يمسك بعصا لأنها في رأيه أداة العاجز الضعيف وبالتالي من العيب إمساكها وإلى غير ذلك من الأفعال والسلوكيات التي قد تتسبب في وقوعه في مشكلات لا حصر لها ، فضلا عن أنه لا يدرى بأنه يحاول رخفاء ما لا يستطيع أحد أن يخفيه .

وقد صدق القائل " من أعطى كف البصر حقه صار مبصرا " فاعتماد ذوى الإعاقة البصرية على عصا يمسك بها أو كلبا يرشده لا يعنى أنه عاجز عن السير ولكنها أداة تساعده على الاستقلال والاعتماد على النفس بدلا من أن يظل تحت رحمة الآخرين .

الملحق التاسع

النشرة الإرشادية رقم (٦)

عزيزي الطالب

إن عزلتك وابتعادك عن الناس ليس نهاية للمشكلة التى تعانى منها ولكنه بداية لها ، فبقاء الإنسان بمفرده ظناً منه أنه بذلك قد ابتعد عن نظرات الآخرين هو وهم ينسجه بخياله ، ذلك لأن الناس يستهويهم التعرف على الأشياء الغامضة وابتعادك عنهم يجعلهم يعتقدون خطأ أنك مختلف عنهم فأنت تعطيهم بذلك الفرصة للحديث عنك لكشف ذلك الغموض الذى يحيط بك .

لذلك عليك أن تتذكر دائماً أن انفتاحك على من حولك يجعلهم يقتربون منك ، وعندما تقترب أنت أيضا منهم سوف تجد أن ما كنت تفكر فيه وتعتقده هو غير منطقى ولا عقلانى .

ولذلك عليك أن تقوم بـ :

- التدريب على ممارسة الأنشطة المختلفة التى تقلل المسافة بينك وبين غيرك .
- التدريب على بعض المهارات الاجتماعية مثل مهارة الاتصال والاستماع الجيد وبعض المهارات اللفظية التى تعلمتها أثناء الجلسات .
- التمسك بالمعتقدات والقيم الدينية التى تحث على المحبة والتواد والتراحم والإخلاص والتعاون ، كما فى قوله تعالى : " وخلقناكم شعوبا وقبائل لتعارفوا " صدق الله العظيم .
- التدريب على استبدال الأفكار اللاعقلانية التى تدعوا إلى العزلة بأفكار واقعية عقلانية أخرى والتى تدعو صاحبها للإندماج فى المجتمع .

الملحق العاشر

بطاقة مواجهة الحوار الذاتي

الموقف المحزن	الانفعال	الفكرة المسببة للقلق	الحوار الذاتي الخاطئ	الحوار المعدل

الملحق الحادى عشر

النشرة الإرشادية رقم (٧)

عزيزي الطالب

إذا شعرت بأنك تعس ومهموم .. فأبحث عن الأفكار التى تدور فى ذهنك فسوف تجد زن هناك مجموعة من الأفكار السلبية هى التى تسبب لك هذه التعاسة وذلك الحزن .. والتى من بينها ما يلى :

- أننى شخص عديم النفع .
- أننى شخص لا يمكنه القيام بأى شئ له قيمة بسبب إعاقته .
- يجب أن ألقى باللوم على إعاقتى لأنها سبب حزنى وألمى فى الحياة .
- كل شئ أفعله خاطئا فهو بسبب إعاقتى .. وغيرها من أفكار سلبية .

فعندما تدور فى ذهنك هذه الأفكار فلتقل لنفسك قف !! وأبدأ فى مناقضة هذه الأفكار بأفكار أخرى إيجابية مثل :

- ليس هناك دليل على أننى شخص عديم المنفعة لأننى قد أحرزت فى أشياء كثيرة من قبل .
- أننى استطيع القيام بأشياء كثيرة والدليل على ذلك ما وصلت إليه الآن فى دراستى وهو ما لم يصل إليه أشخاص كثيرون .
- يجب على أن أتقبل الأمر الواقع واعترف بأننى ارتكبت ذلك الخطأ لأننى لست شخصا كاملا ومثلى فى ذلك مثل أى إنسان يرتكب أى خطأ .
- يجب علىّ أن أسامح نفسى ولا ألومها أو أوابخها بعد الآن وأن أتقبل نفسى على ما هى عليه .

الملحق الثاني عشر

النشرة الإرشادية رقم (٨)

عزيزي الطالب

غالبا ما يحدث القلق عندما تعتقد أن كل الناس يجب أن يعاملوك بطريقة لا تشعرك بأنك عبء عليهم وإذا لم يفعلوا ذلك فإنهم مذنبون فى حقك ، ولكن عزيزى الطالب .. هل فكرت وأنت تشعر بذلك أن هؤلاء الناس لهم مشاكلهم ، وهمومهم الخاصة التى تجعلهم مهمومين ومنشغلين بها ، وهل فكرت أثناء ذلك أن هؤلاء الناس قد يكونوا مضطربين فى بعض الأحيان وربما أخرجوا هذا الاضطراب " انفعالاتهم " عليك أنت ؟ وهل فكرت ، وفكرت .. الخ فهناك أسباب كثيرة قد تجعل الآخرين يعاملونك بتلك الطريقة التى لا تحبها ولكن فى الوقت نفسه هذا لا يعنى أنهم يكرهونك زو يتضايقون من قضاء مطالبك ولكن قد يكون الوقت الذى طلبت فيه منهم ما تريد كان غير مكناسب بالنسبة لهم زو إنك تكثر من طلباتك بشكل مبالغ فيه .

ولذلك يجب ألا تأخذ سلوكهم هذا مأخذ الكراهية والرفض ، فهؤلاء الناس فى أحيان كثيرة يكونوا لطفاء معك فليس معنى أنهم مكدرين لسبب أو لآخر إذا لم يقوموا بما تريد منهم فهم بالتالى يستحقون منك اللوم والعقاب .. لكن بدلا من ذلك حاول التفكير جديا فى الاعتماد على نفسك حتى لا تشعر بهذا الشعور بعد ذلك خصوصا وأنك سوف تتعامل معهم فى أحيان كثيرة ، وأيضا من منطلق أنك إنسان قادر على القيام بواجباته على خير وجه ، وفى حدود ما تستطيع القيام به وهنا تشعر بأنك على ما يرام ولن تنتابك تلك الماعر المؤلمة والمحزنة .

الملحق الثالث عشر

استمارة التقـييم

عـزيزي الطالب

الآن وبعد انتهت جلسات البرنامج الإرشادى ، نود أن نسألك سؤالين هما :

السؤال الأول : ماذا تعلمت فى هذا البرنامج ؟

....

....

....

....

....

....

السؤال الثانى : عندما تقارن أفكارك ومشاعرك وسلوكك قبل أن تشترك في البرنامج بأفكارك ومشاعرك وسلوكك الآن وبعد الانتهاء من البرنامج ؟ فما هي أهم التغيرات التى لاحظتها على نفسك ؟

....

....

....

....

....

....

الملحق الرابع عشر

النشرة الإرشادية رقم (٩)

عزيزي الطالب

تذكــــــــر

١- أن التفكير فى الحادثة - التى تقع لك - هو الذى يسبب الاضطرابات وليس الانفعال .
٢- الدور الذى يلعبه الحديث الذاتى السلبى فى إحداث القلق .
٣- أنك تستطيع التغلب على تفكيرك الانهزامى من خلال إعادة الحوار المنطقى مع النفس .
٤- أن تضخم المواقف التى تمر بها - هو الذى يجعلك تراها ككارثة لا يمكن تحملها ، لذا عليك أن تصرف بموضوعية .
٥- فشلك فى عمل لا يعنى نهاية العالم ، وإنما عليك أن تحاول من جديد .
٦- حدد لنفسك أهداف بسيطة لتنجح فيها .، وهذه الأهداف سوف تصل بك إلى الأهداف الكبيرة .
٧- عندما تواجهك مشكلة ما ، كما تعلمت إبدأ بفرض الفروض حول أسباب هذه المشكلة وأبحث عن أنسب الحلول لتلك المشكلة من خلال جمع المعلومات حولها ، وتخير منها ما يناسبك من حلول وما تعتقد أنه قد يصل بك إلى حل تلك المشكلة.
٨- لا يمكنك أن تحصل على حب وتقدير كل الناس وذلك لأنك لا تستطيع أن تحب كل الناس
٩- لا داعى لإخفاء الإعاقة ، لأنها ليست جريمة زور وصمة ، ولأن ذلك السلوك سوف يوقعك فى مشكلات لا حصر لها .
١٠- أن العزلة والابتعاد عن الآخرين ليست هى الراحة ، وإنما هى بداية المتاعب لك ولمن حولك
١١- لا داعى لأن تنزعج عندما تتواجد وسط الآخرين فهذا الانزعاج هو الذى يسبب لك التوتر والقلق ويجعلك تقع فى أخطاء كثيرة .
١٢- إنك إذا شعرت بالألم والخوف فلا داعى أن ترجع هذا لإعاقتك وأبحث عن السبب الحقيقى وراء ذلك الحزن .
١٣- أنك لست عبء على من حولك ، فكل منا يحتاج إلى من حوله وهم يحتاجون إليه بشكل أو بآخر .

